

NOVA Medical School / Faculdade de Ciências Médicas

Universidade NOVA de Lisboa

**A qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental
infantojuvenis: temas para avaliação e para construção de uma cultura de
defesa de direitos**

Dissertação de Mestrado em Políticas e Serviços de Saúde Mental

Cláudia Pellegrini Braga

Orientador: Prof. Benedetto Saraceno

Co-orientador: Prof. Pedro Gabriel Delgado

Agradecimentos

Ao Benedetto Saraceno, com muita admiração e afeto, por todos os ensinamentos sempre de um ponto de vista crítico e reflexivo e pela prática concreta de relações que inventam, exprimem e constroem democracia.

Ao Pedro Gabriel Delgado, por acolher com generosidade essa pesquisa e por possibilitar transformar um projeto em realidade, com todas suas reverberações.

Aos colegas e amigos do International Master in Mental Health Police and Services: Daniela Rivera, Dawda Samba, Gesilene Soares, Hector Duque, Jacques Bertrand, Johanna Cresswell-Smith, June Price-Humphrey, Lisabeth Crossman, Louise Southalan, Martin Vandendyck, Mohammed Ahmed, Mohammed Bakri, Muhammad Mujtaba, Nádia Marini, Nancy Najm, Raphael Bouloudnine, Rehab Kasen, Ricardo prata, Rustam Salayev, Safaa Eraki, Rustam Salayev, Teresa Goldschmidt, Ugné Grigaitė, Venkata Kollo. Imaginar com vocês um mundo de contínuos e novos processos de desinstitucionalização foi uma experiência única.

Aos professores e colaboradores do International Master in Mental Health Police and Services, por possibilitarem a descoberta e o aprendizado de uma diversidade e amplitude de temas em políticas públicas e serviços de saúde mental.

Aos usuários, trabalhadores, familiares e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis que expressam em práticas concretas o compromisso de lutar por uma sociedade sem manicômios e que, de portas e braços abertos, participaram desse estudo.

À Fernanda Nicácio, pela presença e relação cotidiana, afetiva e profundamente democrática, por generosamente compartilhar a caminhada, e pelos tantos e tantos ensinamentos de afirmação e produção de liberdade e de invenção de novas realidades ao longo desses dez anos de convivência e amizade.

Ao Tykanori, pela experimentação e exercício político e afetivo da amizade e pela alegria dos encontros e das conversas que, invariavelmente, se alongam por horas e produzem novas e inesperadas conexões, em um aumento da potência de agir.

À Sônia Barros, Leon Garcia, Márcia Oliveira, Fernando Kinker, Ana Aranha e Fernanda Nicácio pelas reflexões e discussões sobre o QualityRights tool kit.

À Isadora Souza, June Scafuto, Bárbara Paz, Daniel Assis e Enrique Bessoni pelas conversas e trocas que, de distintas maneiras, colaboraram para a realização desse estudo.

À Michelle Funk e Nathalie Drew, pela possibilidade de estágio junto à unidade de Políticas de Saúde Mental e Desenvolvimento de Serviços, do Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias, da Organização Mundial de Saúde. Essa experiência contribuiu significativamente para as discussões dessa pesquisa.

Aos meus familiares, pelo apoio sempre incondicional e pela constante afirmação de que o fundamental é a felicidade.

Ao João, pela alegria de compartilhar sonhos e vida.

RESUMO

A negação e a violação de direitos de pessoas com experiência de sofrimento psíquico é recorrente em diferentes países e contextos, incluindo os próprios serviços de saúde mental. Considerando isso, um importante marco para a transformação desse cenário e construção de uma cultura de respeito, promoção e garantia de direitos é a Convenção internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD). Nesse contexto se insere a proposição do *QualityRights tool kit* produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social; esse kit tem como base a CDPD. Tendo em vista que esse kit pode apresentar desafios em seu uso em serviços de saúde mental infantojuvenis considerando as singularidades desses serviços e dessa população, esse estudo teve como objetivo investigar, analisar e definir os temas e aspectos mais relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos especificamente em serviços de saúde mental infantojuvenis. Para tanto, foi realizada análise temática de Artigos da CDPD, de documentos relevantes sobre a saúde mental infantojuvenil e, considerando a necessidade de dialogar com cenários de práticas reais, a partir da realização de grupo focal foi analisado o ponto de vista de usuários, familiares e trabalhadores de três serviços de saúde mental infantojuvenis brasileiros. Os resultados e a análise de Artigos da CDPD e de documentos indicaram um conjunto de Artigos relevantes para avaliar e melhorar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis, e os resultados e a análise dos grupos focais indicaram um conjunto de temas relevantes para o mesmo propósito. Esses resultados foram considerados em conjunto e, a partir disso, foram definidos quatro temas, correspondentes a Artigos da CDPD. O primeiro tema, “o direito à liberdade e ao reconhecimento da cidadania”, tem como base o Artigo 7 e como referência os Artigos 12 e 14, e consiste na afirmação da liberdade e do direito de crianças e adolescentes participarem das escolhas da própria vida. O segundo tema, “o direito à prevenção contra tortura, tratamentos cruéis e desumanos, maus tratos e outras violências”, está baseado nos Artigos 15 e 16 e coloca a inaceitabilidade dessas práticas. O terceiro tema, “o direito a uma vida compartilhada em um território e à participação nos múltiplos cenários em que a vida acontece” está baseado no Artigo 19, e conta com referências dos Artigos 23, 24 e 28; diz respeito ao direito de crianças e adolescentes de viverem em comunidade, em ambiente familiar, com um padrão de vida adequado e com participação nos cenários de vida, incluindo a escola. O quarto tema, “o direito ao cuidado singular”, tem como base os Artigos 25 e 23 e se refere ao direito de acessar uma rede de serviços de saúde com oferta de cuidados de qualidade e usufruir de cuidados, bem como o direito de seus familiares responsáveis pelo cuidado participarem desses cuidados e serem cuidados. Além disso, considerando especificamente a ferramenta de entrevista do kit de ferramentas, os resultados e a análise indicaram que seria importante construir outras formas de comunicação com as crianças e adolescentes, diferentes de uma entrevista, investindo em recursos lúdicos. Por fim, vale ressaltar a importância do próprio processo de utilização do kit de ferramentas em um serviço de saúde mental, que pode significar a construção de uma cultura de defesa dos direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

Palavras-chaves: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Defesa da Criança e do Adolescente; Pesquisa sobre Serviços de Saúde

ABSTRACT

Denial and violation of rights of persons with experience of mental suffering is recurrent in different countries and contexts, including in mental health services. Taking this in consideration, an important milestone for transforming this scenario and building a culture of respect, promotion and guarantee of rights is the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Within this context, there is the proposal of the *QualityRights tool kit* produced by the World Health Organization (WHO) for evaluation and improvement of quality and respect for human rights in mental health and social care facilities; this tool kit is based on the on the CRPD. Taking into account that this kit may present challenges in its use in children's mental health services, considering the singularities of these services and of the population, this study aimed to investigate, analyze and define the most relevant themes and aspects to assess and improve quality and respect to human rights specifically in children's mental health facilities. A thematic analysis of CRPD Articles and of relevant documents on children's mental health was performed; and, considering the need to dialogue with scenarios of real practices, focus groups were performed and the point of view of users, family members and workers from three Brazilian children's mental health services was analyzed. The results and analysis of CRPD Articles and important documents indicated a set of relevant Articles to assess and improve the quality and respect for human rights in child and adolescent mental health facilities, and the results and analysis of the focus groups indicated a set of relevant themes for the same purpose. These results were considered together and four themes, corresponding to Articles of the CRPD, were defined. The first theme, "the right to freedom and to the recognition of citizenship", is based on Article 7 and has as references Articles 12 and 14; it consists in affirming the freedom and the right of children and adolescents to participate in the choices of their own lives. The second theme, "the right to prevention against torture, cruel and inhumane treatment, ill-treatment and other violence", is based on Articles 15 and 16 and affirms the unacceptability of these practices. The third theme, "the right to live together in a territory and to participate in multiple scenarios in which life happens" is based on Article 19, and has references from Articles 23, 24 and 28; it concerns on the right of children and adolescents to live in a community, in a family environment, with an adequate standard of living and to have participation in life scenarios, including school. The fourth theme, "the right to singular care", is based on Articles 25 and 23 and refers to the right to access a health services network that provides quality care, the right to enjoy quality care, as well as the right of their family members to participate on care providing and to be cared by the mental health facility. Moreover, specifically considering the interview tool of the toolkit, the results and analysis indicated that it would be important to build up other forms of communication with children and adolescents, other than interviewing them, by investing in playful resources. Finally, it is worth emphasizing the importance of the process of using the toolkit itself in mental health facilities in building a culture of defending the rights of people with experience of mental suffering.

Key-words: Mental Health; Mental Health Services; Child Advocacy; Health Services Research

RESUMEN

La negación y la violación de derechos de personas con experiencia de sufrimiento psíquico son recurrentes en diferentes países y contextos, incluyendo los propios servicios de salud mental. En vista de ello, un importante hito para la transformación de ese escenario y para la construcción de una cultura de respeto, promoción y garantía de derechos es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En ese contexto se encuentra la proposición del *QualityRights tool kit*, producida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para evaluación y mejoramiento de la calidad y del respeto a los derechos humanos en establecimientos de salud mental y de apoyo social. Ese kit de herramientas tiene como base la CDPD. En vista de los desafíos que este kit puede presentar en su uso en servicios de salud mental infantojuveniles, considerando las singularidades de esos servicios y de esa población, este estudio tuvo como objetivo investigar, analizar y definir los temas y aspectos más relevantes para evaluar la calidad y el respeto a los derechos humanos específicamente en servicios de salud mental infantojuveniles. Para ello, se realizó análisis temáticos de Artículos de la CDPD, de documentos relevantes sobre la salud mental infantojuvenil y, considerando la necesidad de dialogar con escenarios de prácticas reales, a partir de la realización de grupos focales se analizó el punto de vista de usuarios, familiares y trabajadores de tres servicios de salud mental infantojuveniles brasileños. Los resultados y el análisis de Artículos de la CDPD y de los documentos indicaron un conjunto de Artículos relevantes para evaluar y mejorar la calidad y el respeto de los derechos humanos en los servicios de salud mental infantojuveniles, y los resultados y el análisis de los grupos focales indicaron un conjunto de temas relevantes para el mismo propósito. Esos resultados fueron considerados en conjunto y, a partir de eso, se definieron cuatro temas, que son correspondientes a Artículos de la CDPD. El primer tema, “el derecho a la libertad y al reconocimiento de la ciudadanía”, tiene como base el Artículo 7 y como referencia los Artículos 12 y 14, y consiste en la afirmación de la libertad y el derecho de niños y adolescentes a participar en las decisiones de la propia vida. El segundo tema, “el derecho a la prevención contra la tortura, los tratos crueles e inhumanos, los malos tratos y otras violencias”, se basa en los Artículos 15 y 16 y pone la inacceptabilidad de esas prácticas. El tercer tema, “el derecho a una vida compartida en un territorio y a la participación en los múltiples escenarios en que la vida ocurre” está basado en el Artículo 19, y cuenta con referencias de los Artículos 23, 24 y 28; se refiere al derecho de niños y adolescentes a vivir en comunidad, en un ambiente familiar, con un nivel de vida adecuado y con participación en los escenarios de vida, incluyendo la escuela. El cuarto tema, “el derecho al cuidado singular”, tiene como base los Artículos 25 y 23 y se refiere al derecho de acceder a una red de servicios de salud con oferta de cuidados de calidad, al derecho de disfrutar de esos cuidados, así como el derecho de los familiares responsables por el cuidado de los niños y adolescentes a participar en estos cuidados y de que sean cuidados. Además, considerando específicamente la herramienta de entrevista del kit de herramientas, los resultados y el análisis indicaron que sería importante construir otras formas de comunicación con los niños y adolescentes, diferentes de una entrevista, invirtiendo en recursos lúdicos. Por último, vale resaltar la importancia del propio proceso de utilización del kit de herramientas en un servicio de salud mental que puede significar la construcción de una cultura de defensa de los derechos de las personas con experiencia de sufrimiento psíquico.

Palabras clave: Salud mental; Servicios de Salud Mental; Defensa del Niño; Investigación en Servicios de Salud

Sumário

1. Os direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico: considerações sobre o cenário global	2
2. Os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes no contexto da reforma psiquiátrica brasileira	11
3. Material e método.....	16
3.1 Tipo de estudo e procedimentos metodológicos;	16
3.2 Referencial teórico;	18
3.3 Cenário de estudo;	21
3.4 Sujeitos participantes do estudo;	25
3.5 Aspectos éticos;	26
3.6 Aspectos do trabalho de campo;	27
3.7 Análise dos dados;	29
4. Temas identificados nos documentos e propostos nos diálogos em CAPSij: os possíveis aspectos e temas para avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis	31
4.1 Documentos internacionais;	31
4.2 Documentos brasileiros;	41
4.3 Primeiro encontro: temas relevantes do ponto de vista de usuários, familiares e trabalhadores;	46
4.3.1 O direito a uma vida bela e compartilhada em um território: CAPSij como lugar de cuidado e de múltiplas formas de existir;	47
4.3.2 O direito à participação no processo de cuidado e nas práticas do serviço: o exercício do protagonismo;	57
4.3.3 O direito ao pertencimento à múltiplos espaços: a dimensão da intersetorialidade nas práticas dos CAPSij;	60
4.3.4 O direito à presença dos familiares e responsáveis: os familiares como participantes no cuidado e como sujeitos da atenção nos CAPSij;	64
4.3.5 O direito à escolarização e a um percurso formativo: a escola como cenário de vida;	66
4.3.6 O direito à desmedicalização e à despatologização da vida;	69
4.3.7 O direito à prevenção e ao combate ao preconceito, ao estigma e às práticas violentas;	71
4.3.8 O direito a reconhecer-se no serviço: a dimensão das formas singulares de expressão e comunicação no mundo;	72
4.4 Segundo encontro: novos diálogos sobre os temas discutidos em termos de direitos e sobre os temas identificados nos documentos brasileiros;	74

4.4.1	Novos diálogos sobre os temas discutidos em termos de direitos;.....	74
4.4.2	Diálogos a partir dos temas identificados nos documentos brasileiros;	76
4.4.3	Considerações sobre o kit de ferramentas Direito é Qualidade no contexto de serviços de saúde mental infantojuvenis;	80
5.	Temas e aspectos relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis	83
5.1	Primeiro tema: o direito à liberdade e ao reconhecimento da cidadania (Artigo 7, compondo com Artigo 12 e Artigo 14);	83
5.2	Segundo tema: o direito à prevenção contra tortura, tratamentos cruéis e desumanos, maus tratos e outras violências (Artigo 15 e Artigo 16);	84
5.3	Terceiro tema: o direito a uma vida compartilhada em um território e à participação nos múltiplos cenários em que a vida acontece (Artigo 19, compondo com Artigo 23, Artigo 24 e Artigo 28);	85
5.4	Quarto tema: o direito ao cuidado singular (Artigo 25 e Artigo 23);	87
5.5	Considerações sobre as formas de comunicação;	89
6.	Considerações finais.....	90
7.	Referências bibliográficas.....	92

1. Os direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico: considerações sobre o cenário global

Em um contexto mundial, o respeito, a promoção e a garantia de direitos de pessoas com experiência de sofrimento psíquico é um desafio, considerando que a violação de direitos fundamentais desses sujeitos ocorre ainda hoje de modo generalizado em diferentes contextos e cenários de vida, incluindo-se aí os próprios serviços de saúde mental (1,2). Em diferentes locais, os direitos civis, sociais, políticos, econômicos e culturais das pessoas com experiência de sofrimento psíquico não apenas são frequentemente violados, mas são sistematicamente negados em seus cotidianos de vida, de tal modo que se pode afirmar que se vive uma emergência no âmbito dos direitos humanos em saúde mental (1,2). Note-se que nesse cenário de violações de direitos humanos, que não é específico de nenhum país em particular, é comum que os processos de discriminação, estigmatização, marginalização e exclusão aos quais as pessoas com experiência de sofrimento psíquico estão submetidas levem à violação e negação de um direito humano fundamental: a liberdade.

Assim, pode-se afirmar que as pessoas com experiência de sofrimento psíquico estão sujeitas cotidianamente às situações de estigma, discriminação e exclusão social, vivenciando a restrição e privação do exercício de direitos elementares, tais como a participação da vida em sociedade, a escolha de onde viver e o exercício da capacidade legal (1). Também são frequentes as situações de abusos físicos e sexuais, impedimentos no acesso a serviços sociais e de saúde, bem como no acesso e participação em outros cenários de vida, como a escola e o mundo do trabalho (1). Tal violação de direitos ocorre em contextos e cenários diversos da vida social: nas comunidades e lugares de vida cotidiana compartilhada, nas casas, nas escolas, nos locais de trabalho, nos serviços sociais, serviços de saúde em geral, com enorme frequência nos próprios serviços de saúde mental, dentre outros locais. Nesse sentido, considera-se que as pessoas com experiência de sofrimento psíquico constituem um dos grupos mais marginalizados e vulneráveis da sociedade (1).

Considerando especificamente a situação de países de renda média e baixa, nota-se que as violações de direitos humanos mais comuns estão relacionadas aos processos de exclusão e marginalização dos cenários de vida compartilhada: é no tecido social, nas relações cotidianas da vida, que frequentemente se expressa a condição de marginalização à qual as pessoas com experiência de sofrimento psíquico estão submetidas (2). Nesses países, dentre os direitos humanos violados têm destaque a detenção, as situações de violência e de abuso

físico e sexual, as restrições ao acesso à serviços de saúde em geral e serviços de saúde mental, em particular os de base territorial, dentre outros (2).

Ora, essa situação das pessoas com experiência de sofrimento psíquico está inserida em um contexto mais amplo, em que pessoas com habilidades em geral vivenciam constantes violações de seus direitos. Nesse sentido que foi convencionado em 2008, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU), um marco legal que estabelece especificamente os direitos dessas pessoas, denominado de Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) (3). A CDPD significa um avanço significativo na construção de uma cultura e de sociedades que respeitem, promovam e garantam direitos humanos das pessoas com habilidades, sendo progressista ao não se restringir apenas à afirmação do direito à não violação de direitos, enfatizando a necessidade de construção concreta de condições para exercício de direitos (1,4). Vale mencionar que a CDPD adota uma compreensão abrangente para a definição desse grupo populacional de modo a afirmar que todas as pessoas com diferentes tipos de habilidades devem ter reconhecidos seus direitos fundamentais, sendo que “pessoas com habilidades são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas¹.

Em linhas gerais, a CDPD assinala importantes mudanças de perspectiva e de atitudes no modo de compreensão e relação com pessoas com habilidades. No texto da convenção, a desabilidade deixa de ser tomada como objeto de disciplinas e instituições. Deixa-se de objetificar a pessoa, e passa-se a afirmar o lugar da pessoa como sujeito de direitos, protagonista de seus processos de vida e membro ativo da sociedade, o que inclui as pessoas com experiência de sofrimento psíquico. Como estabelecido no Artigo 1, a CDPD tem como propósito “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com habilidades e promover o respeito pela sua dignidade inerente”. Por meio de seus Artigos, essa convenção estabelece a

¹ Importante ressaltar que o texto em português menciona “pessoas com deficiências” e não “pessoas com habilidades”. Na Convenção, o termo adotado em inglês é “disability”, que se refere à ideia de habilidades. No entanto, esse termo foi traduzido para o português por “deficiência”, que na língua inglesa é o equivalente a “handicap”. A questão aqui é que a ideia de desabilidade guarda uma perspectiva distinta da ideia de deficiência. A ideia de deficiência pode ser compreendida como uma desvantagem social. Já a ideia de desabilidade, no sentido adotado na CDPD, remete à uma situação ou condição contextualizada vivenciada pela em que há uma dificuldade ou restrição na participação da vida social nos diferentes cenários de vida; essa experiência envolve variáveis pessoais (idade, gênero, posição sócio econômica e etc) e contextuais (normas sociais, estigma, políticas públicas, legislações e etc) (4). Tendo em vista a relevância de manter a ideia original da CDPD, adotaremos como linguagem a proposta de “pessoas com habilidades” quando formos nos referir à questões no âmbito da CDPD.

base dos direitos humanos e das liberdades fundamentais das pessoas com habilidades, que precisa ser defendida, assegurada e promovida pelos Estados que a ratificaram. Isso significa que todos os serviços que atendem as pessoas compreendidas na CDPD precisam defender e garantir os direitos humanos e liberdades afirmados ali, o que inclui a totalidade dos serviços de saúde mental.

Tendo em vista esse cenário e a necessidade de um novo paradigma, o Departamento de Saúde Mental e Dependência de Substâncias da Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou em 2012 um projeto denominado de *QualityRights*. Esse projeto tem por objetivos gerais promover o empoderamento de usuários e trabalhadores de serviços de saúde mental, ampliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos nesses serviços, contribuindo para a construção de um “legado de respeito aos direitos humanos” (5, p.2). Nesse contexto, podem-se identificar cinco objetivos desse projeto: melhorar a qualidade do cuidado e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e serviços correlatos; criar serviços territoriais e orientados na perspectiva do *recovery* que respeitem e promovam direitos humanos; fortalecer e capacitar pessoas para compreender e promover os direitos humanos, o processo de *recovery* e a vida independente no território; desenvolver um movimento na sociedade civil que possa advogar a favor dos direitos humanos e influenciar a construção de políticas públicas; reformar políticas nacionais e legislações para que estejam alinhadas às boas práticas, à Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) e outros padrões internacionais de direitos humanos.

Trata-se de um desafio de grandes dimensões que exige um conjunto de ações. Para tanto, dentre as estratégias elaboradas encontra-se o desenvolvimento do *WHO QualityRights Tool Kit* (6), que consiste em um kit de ferramentas práticas para avaliar e melhorar a qualidade dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social, e que foi traduzido oficialmente para a língua portuguesa e para uso no Brasil em 2016 (7), tendo sido denominado de Direito é Qualidade. Essa estratégia foi construída com base na CDPD, da qual o Brasil é um dos países signatários (8).

Com base em um conjunto de sete Artigos dispostos na CDPD e compreendidos como de fundamental importância para defesa, acesso e garantia de direitos humanos, foram extraídos cinco temas e foi elaborado o kit de ferramentas Direito é Qualidade. Os cinco temas compreendidos pelo Direito é Qualidade e os referidos Artigos da CDPD são: “o direito a um padrão de vida e proteção social adequado (Artigo 28 da CDPD)”; “o direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental (Artigo 25 da CDPD)”; “o direito a

exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa (Artigos 12 e 14 da CDPD)”; “prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e contra a exploração, violência e abuso (Artigos 15 e 16 da CDPD)”; e “o direito de viver de forma independente e de ser incluído na comunidade (Artigo 19 da CDPD)” (7, p.4).

Tratando de cada um deles, o primeiro tema guarda relação com o Artigo 28 da CDPD, que estabelece para as pessoas e populações abrangidas por essa Convenção o direito a “um padrão adequado de vida para si e para suas famílias, inclusive alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como à melhoria contínua de suas condições de vida”; nos termos desse Artigo, o que se defende é o direito a um padrão de vida e proteção social (8). Considerando as contínuas situações de violações de direitos humanos encontradas em instituições residenciais, que “possuem condições desumanas de vida” (7, p.4), a partir do estabelecido nesse Artigo 28, o primeiro tema do kit de ferramentas Direito é Qualidade para a avaliação e melhoria dos serviços de saúde mental aborda e enfatiza a necessidade de verificar como se dão as próprias condições de vida das pessoas que são atendidas em serviços de saúde mental de caráter residencial ou com componente residencial.

Já o segundo tema é elaborado com base no Artigo 25 da CDPD, que diz respeito ao direito de as pessoas e populações abrangidas por essa Convenção em “gozar do estado de saúde mais elevado possível” com a garantia de acesso a serviços de saúde da mesma qualidade, variedade e padrão dos serviços oferecidos para a população em geral, além de acesso a serviços que atendam suas necessidades particulares e que estejam situados próximos de seus locais de moradia. Partindo do entendimento de que, em relação às pessoas com experiência de sofrimento psíquico, é um cenário comum o não acesso aos serviços e à formas de cuidado considerando suas necessidades, com a existência de serviços de baixa qualidade, distantes de suas residências e que frequentemente violam direitos humanos, o segundo tema busca avaliar e melhorar a prestação de serviços para essa população, verificando os padrões de atendimento. Merece destaque que esse tema trata da importância de os serviços de saúde mental serem de “base comunitária” e de desenvolverem práticas que possibilitem às pessoas desenvolvam “suas capacidades, visando seu processo de *recovery* e (re)integração na comunidade” (7, p.4).

O terceiro tema, que diz respeito ao direito a exercer capacidade legal e o direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa, tem como base os Artigos 12 e 14 da CDPD, que tratam do reconhecimento igual perante a lei e da liberdade e segurança da pessoa,

respectivamente. De modo geral, o Artigo 12 indica a necessidade de assegurar “medidas relativas ao exercício da capacidade legal” que “respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa”, enquanto o Artigo 14, tratando do direito à liberdade e segurança da pessoa, estabelece que as pessoas e populações cobertas pela CDPD não podem ser “privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade”, que se houver privação de liberdade essa tem que estar em conformidade com a lei e que a “existência da desabilidade” não pode justificar a privação de liberdade (8). Esses Artigos endereçam questões fundamentais para a garantia de direitos de pessoas com experiência de sofrimento psíquico, porque tratam do direito imprescindível à liberdade e do direito a ter direitos e a exercê-los. Trata-se, assim, de Artigos que afirmam a cidadania da pessoa com experiência de sofrimento psíquico. Nesse sentido, o terceiro tema do kit de ferramentas Direito é Qualidade envolve questões que buscam verificar se as pessoas têm assegurados o direito à escolha e à tomada de decisões e apoio ao exercício da capacidade legal.

O quarto tema está relacionado aos Artigos 15 e 16 da CDPD, que se referem à prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes e à prevenção contra a exploração, a violência e o abuso. Em linhas gerais, o Artigo 15 estabelece que “nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes” e nem “deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento; e o Artigo 16 estabelece que devem ser tomadas medidas apropriadas “tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso” de modo a “prevenir todas as formas de exploração, violência e abuso, assegurando, entre outras coisas, formas apropriadas de atendimento e apoio”, e que no caso de pessoas serem vítimas de exploração, violência ou abuso, os Estados parte devem tomar “medidas apropriadas para promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social” dessas pessoas (8). Tendo em vista o que já foi afirmado sobre as constantes violações de direitos humanos em serviços de diferentes países do mundo, é evidente que esse tema é de fundamental importância, tendo como foco averiguar se as pessoas estão expostas à circunstâncias de exploração, violência e abuso de diversas ordens.

O quinto e último tema, que trata do direito à vida independente e inclusão na comunidade, tem relação com o Artigo 19 da CDPD, que afirma o dever dos Estados parte de garantir o direito a “viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas” com “plena inclusão e participação na comunidade”. Trata-se do direito a viver a

vida em liberdade e em um território, de modo a assegurar o direito de decisão de onde, como e com quem viver, com acesso a diferentes serviços no território (8). Ora, essa é uma questão central para os serviços de saúde mental baseados na comunidade, sendo justamente o quinto tema, que busca avaliar os serviços e melhorá-los considerando a importância de assegurar o direito a viver junto, com possibilidades para a realização de uma vida em comum e participação social (7).

Para cada um desses temas é estabelecida uma série de padrões de qualidade, bem como critérios associados a esses, que indicam o que deve ser avaliado. A avaliação de cada um desses critérios determina se um padrão de qualidade foi atingido ou não. O material abrangido pelo kit de ferramentas Direito é Qualidade compreendem duas ferramentas de avaliação e dois formulários para relatórios. Dentre as ferramentas de avaliação, uma é voltada para a realização de entrevistas com trabalhadores, usuários e familiares do serviço de saúde mental avaliado, e a outra é voltada para a observação do cotidiano e práticas do serviço e para a revisão e análise de documentação do serviço. Dentre os formulários, um trata do relatório final que abrange a avaliação realizada do serviço e o outro se configura como um relatório de avaliação de nível nacional, que consolida sínteses de avaliações realizadas em âmbito nacional.

Acerca de quem pode utilizar o kit de ferramentas Direito é Qualidade para implementação de um processo avaliativo formal e oficial, é afirmado que o “kit de ferramentas pode ser usado por vários grupos e organizações nacionais e internacionais”, como órgãos internacionais de direitos humanos, organizações internacionais não governamentais, organizações nacionais não governamentais, órgãos e mecanismos nacionais, instituições nacionais de direitos humanos, comissões nacionais de saúde ou de saúde mental (órgãos independentes do Governo e dos serviços de saúde), órgãos de acreditação de serviços de saúde, e comitê ou órgão estabelecido especificamente para isso (7, p.9). Importante afirmar que o kit de ferramentas Direito é Qualidade busca promover uma avaliação abrangente dos serviços, levando em consideração os pontos de vista de trabalhadores, usuários e familiares.

Desde a elaboração e divulgação do *QualityRights tool kit* em sua proposta de avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental, diversas experiências de uso desse kit de ferramentas foram realizadas. Em 2010, nas Astúrias, o kit de ferramentas foi utilizado em diferentes modalidades de serviços de saúde mental, incluindo unidade de internação em hospital geral, centros de tratamento integral, unidades residenciais,

dentre outros (9). Na Grécia, em 2012, foi avaliada a clínica psiquiátrica de um hospital geral (10). Na Somália, também no ano de 2012, foi feita avaliação de uma enfermaria de saúde mental de um hospital geral (11).

Em 2015 são concluídas cinco experiências em serviços de saúde mental de diferentes países do mundo: na Tunísia foi avaliado um Hospital Psiquiátrico Universitário, El Razi – La Manouba (12); no Egito foi realizada a avaliação de um Hospital Psiquiátrico Público El-Abbassia, localizado no Cairo (13); no Afeganistão foi avaliado um Hospital Psiquiátrico de Kabul (14); e no Chile o kit de ferramentas foi utilizado em centros especializados de atenção ambulatorial em saúde mental (15). Em 2017 são registradas três experiências com o *QualityRights tool kit*: uma avaliação de um serviço residencial na Lituânia (16); uma proposta de adaptação do *QualityRights tool kit* considerando o cenário das prisões (17); e foi realizada uma primeira experiência de uso desse kit em um serviço de saúde mental para crianças e adolescentes (18). Além dessas experiências mencionadas, há registros de outras na Índia, na Jordânia e na Palestina, dentre outros países (19). Até o momento, não está documentada nenhuma experiência de avaliação a partir do kit de ferramentas Direito é Qualidade em serviços de saúde mental no Brasil.

Note-se que a expressiva maioria das experiências referem-se à processos de uso do kit em serviços para adultos. A única experiência reportada em um serviço infantojuvenil, um ambulatório, considerou que alguns critérios e padrões não eram aplicáveis ao cenário, dentre os quais critérios que tratavam da saúde reprodutiva e da participação na vida pública e política, para citar alguns exemplos.

Esse conjunto de experiências com o *QualityRights tool kit* vem constituindo uma importante documentação acerca do panorama de saúde mental na relação com os direitos humanos. Ora, no âmbito do contexto de iniciativas internacionais, merece destaque as recentes resoluções do Conselho de Direitos Humanos da ONU, em particular a referente à 29 de Junho de 2016, resolução 32/18, que entre seus termos reafirma a obrigação por parte dos Estados parte de promover e proteger todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, e garantir que as políticas públicas e serviços de saúde mental estejam de acordo com as normas internacionais de direitos humanos. Ainda, reconhece a necessidade de que os Estados busquem formas concretas de integrar nos serviços de saúde mental a perspectiva de direitos humanos, eliminando todas formas de violência e promovendo o direito à inclusão social (20).

Nessa linha, vale mencionar o relatório produzido pelo Alto Comissário de Direitos Humanos, apresentado na 35ª sessão do Conselho de Direitos Humanos realizada em março

de 2017, que identifica alguns dos grandes desafios vivenciados por pessoas que são usuárias de serviços de saúde mental e que vivenciam experiências de sofrimento psíquico, e apresenta um conjunto de recomendações para mudanças dos sistemas de saúde mental de modo que sejam orientados e que deem suporte à plena garantia do exercício de direitos humanos por essas pessoas. É significativo que a última recomendação deste relatório seja a de “procurar assistência técnica da iniciativa *WHO QualityRights* para avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados em saúde mental”² (21).

Tendo essas questões em vista, pode-se afirmar que um conjunto de iniciativas vem sendo construídas para construir uma cultura de respeito, promoção e garantia de direitos para as pessoas com experiência de sofrimento psíquico nos serviços de saúde mental. Ainda, nesse cenário o kit de ferramentas *Direito é Qualidade* pode ser considerado como uma inovadora e importante ferramenta para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental, com um ineditismo de perspectiva, que já realizou significativos avanços na discussão sobre em quais termos faz-se necessário uma avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental, com a concomitante promoção dos direitos humanos nesses serviços.

No entanto, como afirmado anteriormente, a grande maioria das iniciativas de uso desse kit de ferramentas ocorreu em serviços de saúde mental para adultos, sendo preciso se debruçar sobre os desafios em seu uso nos serviços de saúde mental infantojuvenis, considerando a aplicabilidade e viabilidade dos temas foco desse kit em razão das características próprias das crianças e dos adolescentes, bem como dos serviços de saúde mental infantojuvenis. É relevante que esse kit também possa ser utilizado em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, pois o número de crianças com experiência de sofrimento psíquico institucionalizadas é alarmante sendo necessário empreender esforços para uma mudança, promovendo a desinstitucionalização e criação de serviços de base territorial substitutivos às instituições de características asilares (23).

² Destaca-se que tais iniciativas tem um importante contexto de desenvolvimento, considerando que na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável um, dentre os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030, é relacionado à saúde mental. A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que é um “plano de ação para as pessoas, para o planeta e para a prosperidade (...) que busca fortalecer a paz universal com mais liberdade”, tem como terceiro objetivo o compromisso de “assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades”, e como objetivo específico “reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”. Ainda, que seja um objetivo aparentemente modesto, considerando o enorme cenário de violação de direitos humanos de pessoas com experiência de sofrimento psíquico, pela primeira vez a discussão sobre a saúde mental faz parte de uma agenda de desenvolvimento global (22).

Dada a importância desse kit de ferramentas, é válido considerar essa iniciativa como ponto de partida para refletir sobre os temas para avaliar, especificamente, serviços de saúde mental para crianças e adolescentes. Com efeito, é relevante pesquisar e analisar quais temas e aspectos cobertos pelo kit de ferramentas Direito é Qualidade são pertinentes para a avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis em geral.

Ainda, tendo em vista a importância de refletir a partir de cenários reais de práticas porque são nesses que são desenvolvidas as complexas ações cotidianas dos serviços, torna-se necessário considerar e dialogar com os próprios serviços de saúde mental infantojuvenis, em particular com os de base territorial, dado que esse é o horizonte de mudança; mais especificamente, é preciso escutar o ponto de vista das pessoas que estão no serviços, ou seja, os usuários, os familiares e trabalhadores.

Assim, na perspectiva de refletir sobre os temas para serviços de saúde mental infantojuvenis em geral também a partir de contextos locais, que se faz necessário considerar experiências concretas, como é o caso do serviços de saúde mental infantojuvenis construídos no cenário brasileiro.

2. Os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes no contexto da reforma psiquiátrica brasileira

No cenário brasileiro, a criação e a implementação de políticas públicas de saúde mental específicas para crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico está inserida no contexto macro da reforma psiquiátrica. Assim, a título de contextualização dos serviços de saúde mental infantojuvenis, é relevante destacar alguns marcos desse processo.

A reforma psiquiátrica brasileira, de caráter antimanicomial, tem início no final dos anos 1970 em um contexto de lutas pela redemocratização do país enquanto um processo de crítica ao paradigma da psiquiatria e à lógica manicomial e proposições práticas, com reformulação de constructos teóricos, modos de atenção, e de relação com a experiência de sofrimento psíquico. No ano de 1987, ocasião do I Encontro de Bauru, é formulada a insígnia que ainda hoje expressa o horizonte de lutas desse processo: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Nos anos 1990, já em um contexto de democracia e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), importantes avanços foram realizados na reforma psiquiátrica brasileira enquanto exercício prático de substituição de lógicas e estruturas manicomiais por serviços abertos e territoriais e por práticas transformadoras e orientadas para a produção de cidadania das pessoas com experiência de sofrimento psíquico. Essas mudanças iniciais são significativamente aprofundadas nos anos 2000 a partir da promulgação da Lei Federal nº 10.216 em 2001, que estabelece os direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial (24). A partir de então, tem início um processo de efetiva e substancial transformação dos modos de atenção em saúde mental.

Nesse contexto histórico de substituição de serviços de lógica manicomial por de lógica territorial, no âmbito jurídico do processo de reforma psiquiátrica merece destaque: a promulgação da Portaria Federal nº 106 em 2000 que criou os Serviços Residenciais Terapêuticos (25); a Portaria Federal nº 336 em 2002 que criou condições de financiamento para a construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no território nacional e estabeleceu modalidades desse serviço substitutivo aos de lógica manicomial (26); a Lei Federal nº 10.708 em 2003 que instituiu o Programa de Volta para Casa (27); e a Portaria Federal nº 3.088/2011, republicada em 2013, que estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), definindo, à época, sete componentes da rede que contavam com diferentes pontos

de atenção (28)³. Na RAPS, tal como estabelecida na mencionada Portaria, os CAPS em suas diferentes modalidades são definidos como pontos de atenção e são considerados como componente da atenção psicossocial especializada; são os serviços estratégicos da RAPS, sendo organizadores e articuladores da rede.

Em linhas gerais, os CAPS são serviços de saúde mental abertos, de base territorial e substitutivos ao modelo e lógica asilar, o que inclui as instituições, os saberes e as práticas. Constituídos por equipe multiprofissional, são serviços porta aberta e responsáveis pela atenção de pessoas com experiência de sofrimento psíquico, inclusive com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e seus familiares, de um território. Há diferentes modalidades considerando a população atendida e a área de abrangência do serviço⁴, e a lógica territorial desse serviço estratégico compreende não apenas o território geográfico, mas

³ Aqui, é preciso afirmar que esse processo de expansão de políticas públicas e legislações em saúde mental alinhadas à perspectiva de uma reforma psiquiátrica antimanicomial sofreu recentemente uma significativa interrupção. Conforme apontado no *Manifesto em defesa da democracia, dos direitos sociais e por uma sociedade sem manicômios*, com a ruptura do Estado Democrático de Direito no Brasil em 2016, diversos direitos sociais que haviam sido conquistados pelo povo brasileiro sofreram retrocessos e políticas sociais foram modificadas. Dentre as políticas em vigor desmontadas e substituídas por outras que significam uma diminuição e mesmo perda dos direitos está a de saúde mental. Nesse contexto, em 14 de Dezembro de 2017 foi publicada a Resolução nº 32 e em 21 de Dezembro a Portaria 3.588 que faz diversas alterações na lógica e organização da política de saúde mental e da RAPS. A título de exemplo, dentre outras alterações, modifica os pontos de atenção da RAPS de modo a incluir uma Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados. Isso significa um retorno a uma lógica psiquiátrica, de internação e ambulatorial, e uma mudança profunda da lógica da política de saúde mental que até então estava em vigor. A alteração da RAPS com a inclusão dos hospitais psiquiátricos significa um retrocesso sem precedentes desde o início da reforma psiquiátrica brasileira, pois passa a legitimar hospitais psiquiátricos como serviços que compõe uma rede de atenção; nesse sentido, não haveria porque serem gradativamente substituídos por serviços de saúde mental abertos e de base territorial. Soma-se a isso os anúncios de reajuste de repasse de verbas aos manicômios, sem o reajuste para os serviços de base territorial, e o investimento milionário nas denominadas comunidades terapêuticas – instituições de características asilares sobre as quais há muitas denúncias de violações de direitos – para internação de pessoas que fazem uso abusivo de substâncias. Os efeitos desse cenário após o golpe já são sentidos, por exemplo, no desinvestimento na expansão de serviços substitutivos – a título de exemplificação, em todo o ano de 2017 apenas 16 CAPS foram credenciados – e nos serviços já existentes, nos cortes de trabalhadores nos serviços substitutivos e em uma guinada de perspectiva sobre a saúde mental. Por fim, ressalte-se aqui que esse estudo não reconhece como legítimas essas alterações realizadas na política nacional de saúde mental do Brasil.

⁴ A Portaria mencionada estabelece diferentes modalidades de CAPS em razão das necessidades da população atendida e da abrangência populacional: CAPS-I, localizado em cidades de pequeno porte e com mais de 20.000 habitantes, atende pessoas de todas faixas etárias com sofrimento psíquico grave e com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas; CAPS-II, em cidades de médio porte e com população acima de 70.000 habitantes, atende pessoas com sofrimento psíquico grave e pode também atender pessoas com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, a depender da rede de serviços ofertada no município; CAPS-III, para regiões com mais de 200.000 habitantes, atende pessoas com sofrimento psíquico grave e pode funcionar como retaguarda para outros serviços de saúde mental, constituindo-se como serviço estratégico por oferecer cobertura 24 horas e hospitalidade noturna; CAPS infantojuvenil (CAPSi), indicado para cidades com mais de 70.000 habitantes, atende especificamente a população infantojuvenil com sofrimento psíquico grave e a que faz uso de álcool e outras drogas; CAPS álcool e drogas (CAPSad), para cidades de mais de 70.000 habitantes, atende adultos ou crianças e adolescentes – considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas; e CAPSad-III, para municípios com mais de 200.000 habitantes, atende adultos ou crianças e adolescentes – também considerando as normativas do ECA – que necessitam de cuidados contínuos pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (28).

as instituições, as pessoas, os cenários de vida, as relações, os afetos e as histórias que constituem a vida cotidiana de um território (29).

É nos cenários reais de vida que o serviço se constitui, partindo do reconhecimento da cidadania do sujeito da atenção para a construção compartilhada de práticas cotidianas voltadas para ampliação da participação social, do pertencimento e do exercício de cidadania dos sujeitos atendidos por meio da realização de diversas estratégias e ações no território que são coproduzidas pelos diferentes atores sociais. Dentre as ações realizadas, pode-se destacar algumas das estabelecidas na Portaria nº 854 de 2012, como as de promoção de contratualidade, as de articulação em rede intra e inter setoriais e o fortalecimento do protagonismo (30). Trata-se de um serviço que busca cotidianamente afirmar e produzir a liberdade, construindo novas formas de relação com a experiência de sofrimento psíquico em um tecido social.

No processo de reforma psiquiátrica brasileira, pode-se afirmar que a partir de 2001, que é o momento em que a política de saúde mental se torna política de Estado, até o ano de 2015 há uma expressiva expansão, interiorização e diversificação de serviços substitutivos, abertos e de base territorial orientados para a promoção da cidadania das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, com a consolidação de uma política nacional de saúde mental. Assim, se em 1998 eram contabilizados 148 CAPS, em 2015, último levantamento realizado, o território brasileiro contava com 2.209 CAPS habilitados (31).

Especificamente no campo da produção de debates e construção de políticas públicas produzidas no âmbito da reforma psiquiátrica e voltadas para a saúde mental infantojuvenil, merece menção a promulgação da Portaria Federal nº 1.608 ainda no ano de 2004, que instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, com um colegiado composto por representantes de diferentes instâncias e campos: saúde, educação, cultura, justiça, assistência social, saúde mental e direitos humanos (32). Esse colegiado teve como objetivo “debater as diferentes questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população” (32, p. 5), tendo papel importante dado que o tema específico da saúde mental infantojuvenil esteve ausente em debates da reforma psiquiátrica nos anos anteriores (33).

Pode-se afirmar que esse colegiado deu impulso na construção das bases e das diretrizes para uma política pública de saúde mental específica para a população infantojuvenil, garantindo a consolidação de serviços voltados para essa população, dentre os

quais os CAPSijs é considerado o serviço estratégico⁵. Nesse contexto, nos últimos anos teve lugar um proeminente debate sobre esta modalidade de serviços e sobre os modos de cuidado voltados especificamente para crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental infantojuvenis, com gestores, trabalhadores, usuários e familiares tomando parte neste processo (34,35,36,37,38).

Destaca-se que dentre os princípios norteadores afirmados no campo estão o respeito, a promoção e a garantia de direitos humanos e a construção permanente da rede e da intersetorialidade em uma articulação entre serviços e territórios, de modo a possibilitar ações emancipatórias na ação do cuidado. Afirma-se como fundamental, também, garantir o direito à palavra às crianças e aos adolescentes, que ao terem suas vozes escutadas na esfera pública podem dizer de si, de seus sofrimentos e de suas experiências em um tecido social (34,36,37).

Assim, em consonância e em diálogo com os princípios norteadores da reforma psiquiátrica, com o processo de consolidação da política nacional de saúde mental e com a construção da RAPS, tal como estabelecidas até o período anterior a dezembro de 2017, tem sido construído o campo de atenção psicossocial infantojuvenil. Em suma e concluindo as considerações sobre esses serviços, pode-se afirmar que no cenário brasileiro os serviços de saúde mental para crianças e adolescentes têm como premissa garantir um cuidado que inclua ações como “acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, enfrentar estigmas e determinismos, e melhorar a qualidade de vida das pessoas” em um processo comprometido com os princípios da reforma psiquiátrica, afirmando o respeito, a promoção e a garantia de direitos humanos (37, p.28).

Ora, ainda que sejam notáveis os avanços da reforma psiquiátrica brasileira e na proposição e construção de serviços substitutivos aos do modelo asilar, um desafio central que permanece para o campo é o de avaliação e monitoramento das práticas e dos serviços que tenha como perspectiva o empoderamento dos sujeitos e a promoção de direitos humanos – que é também um desafio presente em diversos outros países do mundo. Um processo cuja proposta consiste na concomitante avaliação e construção de uma cultura de direitos nos serviços pode produzir impactos importantes no sentido da garantia dos direitos e transformação das práticas e serviços. Daí se coloca a relevância do kit de ferramentas Direito é Qualidade.

⁵ Acresce-se aqui a informação de que o CAPSijs, voltado para a população infantojuvenil, pode atender crianças, adolescentes e jovens de 0 até 25 anos com experiência de sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes dos uso abusivo de álcool e outras drogas.

Como já afirmado, é preciso verificar se esse kit de ferramentas, tal como é, tem cabimento no contexto de serviços de saúde mental infantojuvenis, principalmente considerando a relevância e aplicabilidade de temas e aspectos. Para tanto, as discussões produzidas no âmbito desses serviços podem colaborar para investigar os temas fundamentais para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos em serviços de saúde mental infantojuvenis. Justamente, um dos importantes resultados desse processo de reflexão e diálogos sobre a atenção psicossocial à crianças e adolescentes no Brasil é o acúmulo de discussão acerca das características próprias dessa modalidade de serviços, registradas em documentos institucionais que indicam os caminhos de atenção para esses serviços, bem como em documentos que contam com as discussões realizadas pelos próprios usuários, familiares e trabalhadores dos serviços.

Além de considerar esses documentos, seguindo o sentido da construção mesma desses serviços e o que está disposto na própria CDPD, em um processo como esse é crucial possibilitar espaço para a fala dos usuários, em particular, e também para a dos familiares e trabalhadores dos serviços. Trata-se de reconhecer a importância de seu lugar de fala em um processo de validação e de legitimação social de suas experiências e de suas perspectivas sobre os processos que estão inseridos (39). Nesse sentido que se coloca a necessidade de escutar esses sujeitos sobre quais seriam os temas fundamentais para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos em serviços de saúde mental infantojuvenis.

Desse modo, considerando todo o exposto, essa pesquisa tem como objetivo investigar, analisar e definir os temas e aspectos mais relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, considerando: a proposta de avaliação do kit de ferramentas Direito é Qualidade, a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), os documentos relevantes sobre a saúde mental infantojuvenil e os cenários de práticas reais, com a escuta do ponto de vista de usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental infantojuvenis brasileiros.

3. Material e método

3.1 Tipo de estudo e procedimentos metodológicos;

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, considerando a natureza do problema do estudo e dos dados de pesquisa, os procedimentos metodológicos adotados e a modalidade de análise (40; 41).

No que se refere ao desenho do estudo e aos procedimentos operacionais, conforme os objetivos, primeiramente foi realizado um estudo documental, em que os materiais que foram estudados ainda não haviam recebido um tratamento analítico (41, 42). Os documentos foram analisados afim de verificar e elencar quais são os temas e aspectos mais relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis em geral e, também especificamente, no cenário dos CAPSi, a partir da ocorrência e recorrência dos temas nos diferentes documentos. Os seguintes documentos foram considerados para análise: documento final da *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* (8), o documento *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities* (23) e documentos institucionais e referentes a debates e práticas na saúde mental infantojuvenil brasileira publicados nos últimos cinco anos, intitulados: *Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012*, *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos*, *Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi)* e *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS IJ* (35-38) ⁶.

Após a leitura e análise dos documentos citados foi desenvolvido o trabalho de campo enquanto um estudo de caso com um propósito descritivo, sendo que o estudo de caso consiste em estudo “aprofundado e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento” (42, p.54). O estudo de caso possibilita fundamentar generalizações para situações análogas, com a formulação de hipóteses e desenvolvimento de teorias (41,42).

Nessa pesquisa foram definidas três unidades-caso, que tem como propósito “auxiliar no conhecimento ou redefinição” do problema em questão (42, p.138), e que juntas constituem o cenário de estudo, a saber, três Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis

⁶ Esclarece-se que, como critério de seleção, foram selecionados apenas os documentos brasileiros que contextualizam a situação específica da saúde mental infantojuvenil. Por esse motivo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), marco legal dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil, não está incluído na análise.

(CAPSij); os sujeitos do estudo foram definidos como sendo os usuários, trabalhadores e familiares dos CAPSij selecionados. Assim, por meio do estudo de caso de unidades-caso, os temas e os aspectos mais relevantes para avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos humanos definidos a partir do estudo documental foram verificados e analisados em sua relevância e correspondência com o ponto de vista dos usuários, trabalhadores e familiares dos CAPSij cenário de estudo.

Para tanto, como procedimento operacional e coleta de dados, foram realizados grupos focais em duas sessões em cada um dos cenários de estudo. O grupo focal pode ser definido como uma discussão em grupo que tem como propósito facilitar a compreensão de questões e processos, bem como possibilita acessar significados e conceitualizações dos participantes sobre o tema em discussão (43). Por meio do grupo focal, busca-se as diferentes percepções e compreensões dos participantes acerca de uma questão, os entendimentos comuns e as divergências acerca dessa questão. Assim, o grupo focal possibilita elucidar questões a partir das experiências e perspectivas dos participantes e da interação grupal, também favorecendo a exploração de suas perspectivas sobre questões que não haviam refletido anteriormente (41,43). Para a facilitação da discussão entre os participantes, esse procedimento de pesquisa prevê a participação de um moderador, a quem cabe a tarefa de estimular o diálogo, dar voz para todos os participantes, fazer circular a palavra, e fomentar debates e reflexões considerando os objetivos da pesquisa (43). Ambas as sessões dos grupos focais que foram realizadas em cada um dos CAPSij definidos como cenário de estudo foram conduzidas pelo pesquisador.

Ainda, para a realização do grupo focal é importante ter um roteiro ou um guia orientador (43). Atento a isso, determinou-se nesse estudo que a realização de duas sessões de grupo focal em cada unidade-caso, sendo que o roteiro da primeira sessão do grupo focal tinha como questão central compreender quais temas e aspectos os participantes consideravam importantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos nesse serviço. O roteiro da segunda sessão compreendia dois momentos: primeiro os temas discutidos na primeira sessão de cada grupo focal seriam reapresentados para os participantes do estudo em termos de direitos para contestação, ratificação ou modificação, e em um segundo momento se houvesse temas presentes nos documentos brasileiros não abordados na primeira sessão, os participantes seriam questionados se consideravam tais temas também relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis. Considerou-se que seria relevante focar especificamente nos documentos brasileiros dado que

a constituição dos serviços e das práticas desses tem maior proximidade com esses documentos.

Em relação ao número de participantes do grupo focal, considera-se adequado um número de sujeitos participantes que varie entre quatro e dez pessoas para possibilitar interações grupais e garantir a participação de todos. Os grupos focais são gravados em áudio e transcritos para posterior análise.

3.2 Referencial teórico;

Para o desenvolvimento da pesquisa e discussão dos resultados foi considerada a perspectiva de direitos humanos adotada pela própria CDPD e pelo kit de ferramentas Direito é Qualidade, articulada com a perspectiva da desinstitucionalização e conceitos norteadores do referencial da reabilitação como cidadania.

Tendo em vista que as pessoas com experiência de sofrimento psíquico em um arco histórico tem não apenas os seus direitos violados (44), mas negados, um referencial de reabilitação psicossocial que compreenda a necessidade de reconstrução e afirmação de direitos é necessária. Esse referencial pode ser compreendido no contexto da perspectiva da desinstitucionalização que envolve não apenas um campo de proposições teóricas, mas também práticas concretas (44).

Importante mencionar que a desinstitucionalização se refere a um processo de colocar em questão o “conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’” (45, p.90), sendo necessário desconstruir e recontextualizar essa questão. É nesse sentido e reconhecendo a complexidade do sujeito em sua “existência-sofrimento” na “relação com o corpo social” (45, p. 28) que a perspectiva da desinstitucionalização coloca a necessidade de recusa à objetificação do outro e de ruptura com a função da instituição de características asilares (44,45). Ao mesmo tempo, afirma a necessidade de invenção de instituições da desinstitucionalização, em um processo social complexo que parte das necessidades reais dos sujeitos para a contínua produção de outras formas de relação com a loucura no tecido social, transformando relações e afirmando a liberdade para todos (44).

Ora, considerando esse entendimento, para Rotelli (46, p.2) o processo de reabilitação tem o sentido de reconstrução do “acesso real ao direito da cidadania, o exercício progressivo

dos mesmos, a possibilidade de vê-los reconhecidos, e a capacidade de praticá-los”. Nessa perspectiva, a afirmação da cidadania da pessoa com experiência de sofrimento psíquico precisa preceder qualquer ação. A partir deste reconhecimento da cidadania do outro e da necessidade de colocar em questão a loucura enquanto instituição e a relação social com a loucura, que se constrói um processo de reabilitação psicossocial (46).

Também nessa linha de reflexão, da imprescindibilidade de afirmar os direitos e a cidadania das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, Saraceno (39,47) propõe a perspectiva da reabilitação como cidadania. Essa perspectiva compreende que o processo de reabilitação demanda a construção e promoção de espaços e contextos reais de trocas com a construção de “um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos” e a promover a “abertura dos espaços de negociação” em uma dinâmica que envolve a todos (39, p.112). Nesse entendimento é de fundamental relevância a referida “abertura dos espaços de negociação” com a “criação e multiplicação das oportunidades das trocas materiais e afetivas” para a construção de “redes múltiplas de negociação” flexíveis e articuladas em que há possibilidades reais de participação das pessoas com experiência de sofrimento psíquico – e de todas aquelas que tem seu poder de contrato diminuído socialmente. Trata-se, assim, de um processo de invenção e construção de redes de trocas sociais no sentido de ampliar o poder contratual das pessoas com experiência de sofrimento psíquico; um processo de reconstrução da cidadania (47).

A respeito do poder contratual esse é entendido na perspectiva da desinstitucionalização enquanto o reconhecimento que uma pessoa tem por um e em um certo contexto social, determinado partir de um valor previamente atribuído a cada pessoa em um campo social, em relação às possibilidades dessa pessoa efetuar trocas sociais diversas (48). Trata-se, assim, de certa força contratual no sentido de que uma pessoa vivencia certo grau de força, maior ou menor, nas trocas sociais. O poder de contrato sempre se estabelece na relação com outras pessoas e em uma dinâmica social que tem lugar em certo contexto poder econômico, político e social. Para Kinoshita (48) na relação entre sujeitos podem ser identificadas três dimensões articuladas estabelecem o poder de contrato de alguém: a troca de bens, a troca de mensagens e a troca de afetos. Dito de outro modo, o poder contratual de alguém se define nas negociações entre sujeitos, nas trocas sociais e nas trocas afetivas.

Ora, para Kinoshita (48) no caso das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, esse poder contratual é baixo ou mesmo nulo no jogo social, dado que as suas negociações são consideradas suspeitas, as suas mensagens e modos de expressão são consideradas como

sendo incompreensíveis e os seus afetos são compreendidos como desnaturados, no sentido de não pertencente à natureza. Nesse sentido, para essas pessoas não há espaços para trocas no jogo social.

Justamente, é considerando isso que a perspectiva da reabilitação como cidadania assinala como de fundamental importância a abertura e construção de redes de negociação com trocas materiais e afetivas (39,47). Essa perspectiva compreender três eixos “sobre os quais se constrói o aumento de capacidade contratual dos pacientes psiquiátricos”: morar, trocar identidades e produzir e trocar mercadorias e valores (39, p.113); esses eixos compõem os próprios cenários de vida cotidiana: o habitat, a rede social e o trabalho com valor social.

Em síntese, a ampliação do poder contratual a partir do eixo morar se realiza de modo a transformar os espaços de lugares em que as pessoas “estão” para lugares em que as pessoas “habitam” (39,47). Segundo Saraceno (39, p.114), o “estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte de um indivíduo”, enquanto o habitar está relacionado a uma ideia de apropriação e pertencimento ao lugar de tal modo que se tem um “grau de contratualidade elevado e relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outros”. Trata-se de um processo de ampliar a contratualidade das pessoas nos espaços em que circulam e vivem, de modo que a relação com esses seja de um habitar. Assim, esse eixo diz respeito ao concreto de se ter uma casa nos territórios reais em que as pessoas vivem, que é um direito, bem como ao processo de ampliação da contratualidade para que essa casa e outros espaços possam ser apropriados materialmente, simbolicamente e afetivamente no processo de trocas sociais: lugares habitados, transformando-os em lar e em espaços reais de existência e de intercâmbios. No processo de superação dos manicômios e construção de serviços e práticas substitutivas a esse, esse eixo coloca a necessidade indelével de construção de possibilidades concretas de existência no território.

O eixo trocar identidades está relacionado ao importante processo de construção, ampliação e fortalecimento de redes sociais nos diferentes cenários de vida. De modo geral, um percurso em que se sustenta esse eixo é preciso inventar e produzir estratégias múltiplas para abrir e alargar espaços de troca, no sentido de que nesses possam ter lugar as diferentes formas de se expressar no mundo, em singulares subjetividades. Ainda, esse eixo envolve a invenção e promoção de possibilidades para que as pessoas possam fortalecer as redes sociais existentes e construir e ampliar outras redes sociais. Nesse sentido, uma importante dimensão

das redes sociais é o núcleo familiar, no sentido de que comumente é a primeira rede social disponível, precisando ser co-envolvido nos percursos de reabilitação como cidadania (39,47).

O eixo produzir e trocar mercadorias e valores coloca a importância da questão do trabalho e do sentido que esse tem no processo de reabilitação (39,47). Aqui, é preciso partir da negação do trabalho ou de outra atividade como forma de entretenimento em uma instituição, no sentido daquilo que entretém e que mantém dentro; o trabalho tampouco deve ser entendido como instrumento para algo ou como indicador de êxito em um processo reabilitativo. Ao contrário disso, esse eixo coloca a necessidade de engendrar um processo em que a produção e a troca de mercadorias e também de valores se dê em contextos reais, em mercados reais, e que o trabalho seja considerado ponto de partida do processo de reabilitação e como “espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de trocas” (39, p.140). Tal processo tem como sentido a transformação dos valores em um jogo social e a ampliação do poder de contrato nas dinâmicas de negociação e produção de bens e mercadorias, o que ocorre em espaços reais de trocas sociais.

Assim, esses três eixos constituem um processo de reabilitação psicossocial orientado para a defesa e construção do direito de cidadania da pessoa com experiência de sofrimento psíquico e de exercício desses direitos. Vale afirmar expressamente: não se tratam de momentos distintos, mas, primeiramente, de eixos articulados que atravessam transversalmente todas as ações e práticas e são constitutivos dos diferentes e singulares processos de reabilitação. Para além disso, é preciso considerar que em não se tratando de apenas garantir a não violação de direitos, mas também de construir condições concretas para o exercício de diversos direitos, é preciso ter em vista que uma perspectiva de reabilitação como cidadania está para além das práticas realizadas em um serviço e da transformação desse serviço; na construção de múltiplas redes de negociação e ampliação e fortalecimento do poder de contrato das pessoas com experiências de sofrimento psíquico é preciso envolver o próprio tecido social, o que significa transformar as relações nos diversos territórios de uma cidade (47).

3.3 Cenário de estudo;

De acordo com os objetivos e proposições do estudo, o cenário de estudo foram os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij). Como afirmado anteriormente, os CAPSij são serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para atenção à saúde

mental da população infantojuvenil. Considerando os últimos levantamentos, até 2015 o Brasil contabilizava 201 CAPSij e o Estado de São Paulo contava com 58 CAPSij (31).

Tendo em vista os objetivos, definiu-se que o cenário de estudo contaria com três CAPSij, pois considerou-se que a realização do trabalho de campo em três serviços garante uma riqueza de dados e é viável em sua realização. Para a definição dos CAPSij cenário de estudo, foram formulados os seguintes critérios: CAPSij localizados no município de São Paulo, que conta com trabalhadores e usuários e/ou familiares que participaram ativamente dos debates realizados no I Encontro Municipal de CAPSij e que são de diferentes regiões do Município de São Paulo. Justifica-se como critério de inclusão os serviços serem parte da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo tendo em vista a viabilidade de execução da pesquisa, dado que a pesquisadora responsável e executante reside no município de São Paulo. Justifica-se como critério de inclusão terem participado do I Encontro Municipal de CAPSij porque era de fundamental importância que nos serviços que são cenário de estudo os sujeitos participantes do estudo já estivessem envolvidos com o debate sobre os temas e aspectos relevantes das práticas e dos serviços de saúde mental infantojuvenis, tendo um acúmulo de discussão sobre o assunto. E justifica-se como critério de inclusão que os serviços fossem de diferentes regiões do Município de São Paulo tendo em vista a busca por assegurar a diversidade de realidades territoriais.

À época do estudo, no município de São Paulo havia 27 CAPSij e todos os serviços tinham participado do I Encontro Municipal de CAPSij. Tendo isso em vista, dentre os 27 serviços, foi realizada amostra intencional, assegurando o critério de serviços localizados em diferentes regiões do Município de São Paulo, considerando o contato prévio da pesquisadora com os gestores dos serviços. Com isso, foram definidos como cenário de estudo três CAPSij, a saber: CAPSij Capela do Socorro/Piração na região Sul, CAPSij III Freguesia do Ó-Brasilândia/Da Brasa na região Norte e CAPSij III Sé/Amorzeira na região Centro.

O CAPSij Capela do Socorro/Piração, localizado na região Sul, foi implementado em 2010⁷. A área de abrangência desse CAPS corresponde aos distritos de saúde de Socorro, Cidade Dutra e Grajaú. A população total deste território é de cerca de 700.000 habitantes, mas é importante assinalar que se contabilizadas as diversas ocupações residenciais existentes, esta estimativa pode se aproximar dos 800.00 habitantes. No serviço estão

⁷ Todas as informações sobre os três serviços foram disponibilizadas pelos gestores dos próprios serviços seguindo um roteiro formulado pela pesquisa para a caracterização do cenário de estudo. Destaca-se que ao final do roteiro havia a possibilidade de inserção de comentários adicionais que o serviço considerasse importante para sua caracterização. Destaca-se que apenas o CAPSij Capela do Socorro/Piração optou por apresentar outras informações que, do ponto de vista do serviço, são importantes para sua caracterização.

cadastrados 439 usuários no total, sendo feita pelo serviço a distinção entre usuários com experiência de sofrimento psíquico (403 sujeitos) e usuários que fazem uso abusivo de álcool/outras drogas (36 sujeitos). Em fevereiro de 2018 o número total de usuários atendidos pelo serviço (ativos e em processo de avaliação/acolhimento) totalizava 423 sujeitos, sendo 136 do sexo feminino e 287 do sexo masculino. Em relação à faixa etária desses sujeitos, na data da coleta dos dados 85 tinham até seis anos, 143 entre sete e 12 anos, 99 entre 13 e 15 anos, 86 entre 16 e 18 anos e nove usuários tinham mais de 18 anos.

Em relação à composição da equipe do serviço, esse CAPSij conta com 2 assistentes sociais, 5 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 farmacêutico, 1 gestor, 2 oficineiros, 3 psicólogos, 2 psiquiatras, 3 técnicos administrativos, 1 técnico de farmácia e 3 terapeutas ocupacionais. Todos esses trabalhadores participam das propostas de atenção e da reunião de equipe. O serviço também conta com a presença de estudantes e estagiários. Ainda, há 2 trabalhadores da equipe de limpeza e 1 da equipe de segurança/portaria, sendo que os trabalhadores da equipe de limpeza participam das propostas de atenção e das reuniões de equipe e os da segurança/portaria não. As ações mais realizadas pela equipe são: práticas expressivas e comunicativas em CAPS, atendimento de grupo de usuários em CAPS, e atendimento familiar⁸.

Por fim, sobre esse serviço, destaca-se a realização de diversas ações que entrelaçadas reafirmam o compromisso com a lógica da reforma psiquiátrica e com aquilo denominado pelo próprio serviço de “cuidado sem controle”. Algumas dessas ações incluem um Laboratório de Inclusão, voltado à profissionais da educação e de outros pontos da RAPS para construção coletiva de estratégias de intervenção que se coloquem no sentido da criação de inéditos espaços inclusivos. Outra ação realizada pelo serviço é denominada de AcampaDentro, que se constitui como uma estratégia de intervenção coletiva realizada através de uma virada de noite, com a abertura de outras formas de relação entre usuários e equipe do serviço, sendo uma das marcas o deslocamento do lugar técnico dos profissionais para a experimentação de outras formas de relação.

⁸ As ações informadas pelos serviços se referem ao Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), estabelecido pela Portaria Federal nº 854 de 2012. Dentre as ações previstas estão: Acolhimento noturno, Acolhimento em 3º turno, Acolhimento diurno no CAPS, Atendimento individual, Atendimento em grupo, Atendimento familiar, Acompanhamento domiciliar, Práticas corporais, Práticas expressivas, Atenção às situações de crise, Ações de reabilitação psicossocial, Promoção de contratualidade, Acolhimento inicial, Ações de articulação em rede intra e inter setoriais, Fortalecimento do protagonismo, Matriciamento de equipes da atenção básica, Matriciamento dos pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência e dos Serviços Hospitalares de Referência, Ações de Redução de Danos, Acompanhamento de SRT e Apoio à Serviço Residencial de Caráter Transitório (30).

Uma terceira ação é o que esse CAPSij denomina de “Piração de Rua”, entendido como a estratégia de interação com a “molecada” em espaços territoriais em que se faz uso abusivo de substâncias e que são frequentados por adolescentes; trata-se de ação de redução de danos para aqueles que fazem uso e de ação junto ao território para evitar que a entrada no serviço se dê apenas após uma situação de vulnerabilidade extrema e/ou a partir de uma relação de poder. Uma quarta ação é a existência de um espaço denominado de “Brinquedoteca Menino Maluquinho”, um espaço lúdico e criativo localizado na entrada do CAPSij e aberto ao público geral, em que é promovida a interação entre crianças do território, o que oportuniza a diminuição dos estigmas e intercâmbios sociais diversos entre os diferentes atores sociais. Por fim, sobre o serviço, importante mencionar que esse CAPSij considera que suas práticas se constroem a partir de quatro conceitos-chave: horizontalidade, cuidado sem controle, “CAPS sem porta” e com acolhimento de ponta a ponta, e desobediência criativa.

O CAPSij Freguesia do Ó Brasilândia/Da Brasa localizado na região Norte foi implementado em 2009 e sua área de abrangência envolve os distritos administrativos da Freguesia do Ó e da Brasilândia, que conta com uma população total de 417 mil habitantes. Estão cadastrados no CAPSij da Brasilândia 564 usuários (dados de Dezembro/2017), sendo 181 do sexo feminino e 383 do sexo masculino. No entanto destes a média de atendidos/mês é 213, o que leva a hipótese de que mais de 50% dos usuários cadastrados não conseguem acessar o serviço, situação de pode estar relacionada com a situação de alta vulnerabilidade socioeconômica da população e a distância entre os bairros mais vulneráveis e a localização do CAPSij, com a dificuldade da equipe em fazer busca ativa aos usuários mais graves e que não acessam o serviço. A faixa etária varia entre 0 e 24, não havendo dados específicos sobre número de crianças e adolescentes por idade. Ainda, são atendidas 169 famílias.

Em relação à equipe de trabalhadores, o serviço conta com 3 assistentes sociais, 2 auxiliares operacionais, 3 enfermeiros, 1 farmacêutico, 1 fonoaudiólogo, 1 gestor, 3 oficinairos, 1 pediatra (10h/semana), 3 psicólogos, 2 psiquiatras, 3 técnicos administrativos, 5 técnicos em enfermagem, 1 técnico de farmácia e 3 terapeutas ocupacionais. Todos esses trabalhadores participam das propostas de atenção e da reunião de equipe. Ainda, há 2 trabalhadores da equipe de limpeza e 2 da equipe de segurança/portaria, sendo que esses últimos ocasionalmente participam das propostas de atenção e das reuniões de equipe. As ações mais realizadas pela equipe são: atendimento em grupo no CAPS, promoção de contratualidade no território, e atendimento familiar. Trata-se de um serviço com funcionamento 24 horas que recebe em acolhimento noturno.

O CAPSij Sé/Amorzeira, localizado na região Centro, foi implementado em 2009. Sua área de abrangência envolve os bairros Sé, Humaitá, Cambuci, Nossa Senhora do Brasil, Boracea, Barra Funda, Bom Retiro, Santa Cecília, República e uma população total de 456 mil habitantes. No serviço são atendidas crianças e adolescentes que demandam de cuidado da saúde mental referente ao intenso sofrimento psíquico, decorrente ou não de uso de substâncias psicoativas, além de seus familiares. O número total de crianças e adolescentes atendidos pelo serviço é de 521, sendo 131 do sexo feminino e 390 do sexo masculino. Em relação à faixa etária, 248 usuários tem entre 1 e 12 anos, e 273 acima de 13 anos. Considerando os familiares, são atendidas 198 famílias. Trata-se de um serviço 24 horas que pode receber em acolhimento noturno até quatro usuários por vez.

Em relação à equipe de trabalhadores, o serviço conta com 3 assistentes sociais, 2 auxiliares de farmácia, 2 auxiliares operacionais, 14 enfermeiros, 1 farmacêutico, 1 fonoaudiólogo, 1 gestor, 6 oficinairos, 1 pediatra (10h/semana), 4 psicólogos, 3 psiquiatras (sendo 1 psiquiatra 40h/semana e 2 psiquiatras 20h/semana), 4 técnicos administrativos, 14 técnicos em enfermagem e 4 terapeutas ocupacionais. Todos esses trabalhadores participam das propostas de atenção e da reunião de equipe. Além desses, há 3 pessoas da equipe de limpeza e 2 pessoas da equipe de segurança/portaria que não participam das propostas de atenção e das reuniões de equipe. As ações registradas como sendo as mais realizadas pelo serviço são: acolhimento diurno no CAPS, ações de articulação de redes intra e intersetoriais, e fortalecimento de protagonismo de usuários em CAPS.

3.4 Sujeitos participantes do estudo;

Após as devidas aprovações nos Comitês de Ética, no início do desenvolvimento do trabalho de campo, o projeto foi apresentado para o gestor de cada um dos CAPSij definidos como cenário de estudo e, de acordo com a orientação do gestor, foi escolhida a situação grupal e/ou coletiva mais apropriada para a apresentação do projeto para os trabalhadores, usuários do serviço e seus familiares. Curioso notar que todos escolheram as reuniões de equipe como o primeiro encontro para apresentação da proposta de pesquisa. Em um segundo encontro a pesquisa foi apresentada também para os usuários e familiares que já haviam demonstrado interesse em participar do estudo. Foi solicitado pela pesquisadora que esse segundo encontro fosse divulgado em espaços coletivos e de ampla circulação dos serviços.

Para participação no estudo, o primeiro e principal critério de inclusão principal e primeiro, foram convidados para participar trabalhadores, usuários e familiares que era a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. A partir disso, o segundo critério de inclusão consistia em buscar garantir a maior diversidade possível na composição do grupo de trabalhadores, usuários e familiares e, dentre o grupo de trabalhadores, diferentes profissões. Considerando que a proposta de pesquisa foi apresentada primeiro nas reuniões de equipe, os primeiros participantes voluntários do estudo foram trabalhadores. Esses trabalhadores foram considerados informantes-chaves na indicação de usuários e familiares para participação na pesquisa; destaca-se que isso se deu no sentido de cuidado e preocupação de haver usuários e familiares que estivessem já envolvidos com discussões sobre o serviço. Foi considerado como critério de saturação por grupo focal o número máximo de dez pessoas.

No total, o estudo contou com 26 participantes, sendo 14 trabalhadores (dentre os quais, terapeutas ocupacionais, psicólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, fonoaudiólogos e oficineiros), 2 residentes de pediatria, oito adolescentes, uma criança e um familiar.

3.5 Aspectos éticos;

Em relação aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Brasileiro de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, sendo aprovado com o CAEE: 70.195.417, no ano de 2017.

Para a realização deste estudo, os sujeitos participantes ou os responsáveis legais (no caso de crianças e/ou adolescente como sujeito participante) foram informados e esclarecidos sobre: os objetivos, a justificativa de sua realização, os procedimentos a serem utilizados, e que os resultados do estudo serão divulgados em periódicos e eventos científicos e serão apresentados aos participantes do estudo. Foram informados e esclarecidos também sobre: o direito de acesso, em qualquer momento, às informações sobre o estudo; a liberdade de retirar o consentimento, em qualquer momento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado; a salvaguarda de sigilo, privacidade e confidencialidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. O estudo foi realizado com o consentimento livre e esclarecido (TCLE) dos trabalhadores participantes, dos familiares participantes e dos responsáveis legais pelos sujeitos participantes menores de 18 anos e com o assentimento dos

sujeitos participantes menores de 18 anos, sendo que o assentimento informado pela criança e/ou adolescente não substituiu a necessidade do TCLE e apenas tinha como propósito demonstrar a sua cooperação na pesquisa.

3.6 Aspectos do trabalho de campo;

No processo de entrada e construção do campo junto aos serviços, primeiramente foi feito contato com o gestor de cada um dos CAPSij para apresentação da projeto de pesquisa. Na sequência, o projeto de pesquisa foi apresentado nas reuniões de equipe. Em um terceiro encontro o projeto de pesquisa foi apresentado para todos os sujeitos interessados e com disponibilidade para participar da pesquisa; na ocasião, também foi apresentado o kit de ferramentas *Direito é Qualidade*; destaca-se que nenhum dos sujeitos interessados em participar da pesquisa tinha conhecimento deste.

Acerca do processo de entrada e do trabalho de campo, é importante relatar que entre esse período e a realização dos grupos focais ocorreu o III Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios. Em um breve histórico, como já afirmado, o I Encontro de Bauru aconteceu em 1987, na cidade de Bauru, e configurou-se como um marco da luta antimanicomial brasileira; na ocasião, trabalhadores do campo da saúde mental se reuniram e afirmaram em manifesto os posicionamentos da luta antimanicomial e a insígnia “Por uma sociedade sem manicômios”. O II Encontro de Bauru, realizado em 2007, contou com a presença de usuários de serviços de saúde mental, tendo sido realizado em um momento de expansão dos serviços e consolidação da reforma psiquiátrica de caráter antimanicomial. O III Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios, com o mote intitulado de Democracia e Luta Antimanicomial, foi realizado no final de 2017 e, em um contexto de fragilidade e desmonte das políticas sociais brasileiras incluindo a política nacional de saúde mental, reuniu cerca de 2.000 pessoas e se constituiu como um momento de reafirmação da perspectiva, dos princípios e das práticas alinhadas à reforma psiquiátrica antimanicomial. Em suma, os Encontros de Bauru podem ser compreendidos como importantes momentos políticos da luta antimanicomial brasileira.

Pode-se afirmar que o III Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios teve como um de seus pontos marcantes a presença, pela primeira vez, de crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental. Merece menção um dos parágrafos da Carta de Bauru, aprovada em plenária do encontro, que faz esse destaque:

“A presença protagonista de crianças e adolescentes e seus familiares nesse Encontro é um marco histórico e indica a importância da continuidade e avanço das políticas públicas de saúde mental intersetoriais para crianças e adolescentes na perspectiva do cuidado sem controle, garantindo seu direito à voz para a construção de uma sociedade livre de manicômios. Cuidar da infância e da adolescência em liberdade é fundamental na nossa luta!”

Importante relatar aqui que participaram desse Encontro serviços que compuseram o campo de estudo, estando presentes gestores, trabalhadores, familiares, crianças e adolescentes. A presença deles foi particularmente marcante na participação nas rodas de conversa com o tema “Infância e Juventude”⁹. Dentre diversas questões discutidas, para os propósitos dessa pesquisa é importante destacar a afirmação de que o cotidiano dos serviços precisam ser construídos em diálogo com a linguagem e os interesses das crianças e adolescentes. Nessa linha, como um dos resultados da roda, as crianças e os adolescentes produziram o seguinte manifesto:

#Uma ideia de Bauru

- Mais rolê fora do CAPSij
- Tratar não é maltratar
- Pais, famílias e cuidadores parceiros da gente
- #Noiséforça
- Manicômio muito errado, desumano. Não somos animais, manicômio nunca mais!
- A gente quer voz em todos os lugares. Ocupar e resistir!
- Brincar é daora, jogar é maneiro, grafite é daora, desenhar é maneiro
- #CurtiBauru
- Tamo junto por uma sociedade sem manicômios
- Vamo cola no cinema, na praça, na escola, em qualquer lugar
- Obedecer SQÑ
- Estudar não tá suave
- #CAPSijéshow

Após esse importante momento da luta antimanicomial brasileira foram realizados os grupos focais nos três serviços cenário de estudo. A primeira sessão do grupo focal foi realizada em uma mesma semana em cada um dos serviços, e a segunda sessão foi realizada na semana seguinte em cada um dos serviços.

⁹ A programação do III Encontro de Bauru: 30 anos de luta por uma sociedade sem manicômios contava com um conjunto de rodas de conversa que tinham como objetivo geral fazer uma discussão com um balanço de perspectivas e estratégias de ações vislumbrando a construção de propostas para a plenária final.

Seguindo os procedimentos metodológicos já descritos, na primeira sessão de cada grupo focal os participantes foram questionados sobre quais eram os temas e aspectos relevantes para a avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos em serviços de saúde mental infantojuvenis. Já na segunda sessão de cada grupo focal primeiro foi apresentado aos participantes a discussão feita pelos participantes do grupo na primeira sessão sobre os temas em termos de direitos e foi questionado o ponto de vista dos participantes sobre temas presentes nos documentos brasileiros não abordados na primeira sessão.

3.7 Análise dos dados;

Para Minayo (41, p.300), a análise do material recolhido no campo tem como intenção atingir três objetivos principais, a saber: a “ultrapassagem da incerteza”, o “enriquecimento da leitura”, e a “integração das descobertas”. A autora assinala que no processo de análise o pesquisador deve ter clareza que o conhecimento obtido é um conhecimento aproximado e situado em um contexto histórico-social (41).

A análise dos documentos foi desenvolvida em três fases. No momento de elaboração do problema da pesquisa, foi realizada a pré análise e foram selecionados documentos que estavam relacionados a um objetivo formulado e já mencionado, a saber, quais são os temas e aspectos mais relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis em geral e, também especificamente, no cenário dos CAPSij. Em seguida, foi realizada a exploração do material por meio de leitura e escolha das unidades que respondiam ao objetivo estabelecido. Nesse momento os documentos foram separados em documentos internacionais e documentos brasileiros. Na terceira etapa os dados foram tratados e interpretados.

Para tanto, em relação aos documentos internacionais, dado um documento ser a própria CDPD e o outro basear-se nessa, esses foram analisados em separado. No primeiro caso, todos os Artigos foram analisados buscando definir quais seriam os Artigos fundamentais para temas; no segundo caso, na análise buscou-se mapear e compreender o que o documento definiu e justificou enquanto Artigos centrais da CDPD para o debate sobre infância e adolescência no campo da saúde mental. Em relação aos documentos brasileiros, no processo de análise e especificamente no momento de escolha das unidades que respondiam ao objetivo do estudo os documentos foram analisados em conjunto, buscando identificar os

aspectos mais relevante para temas, considerando a repetição e a centralidade da questão nos diferentes documentos.

No que se refere a análise do material de campo em um desenho de estudo de caso é possível variadas formas de análise (43). Para o autor, é necessário em um primeiro momento a organização do material coletado segundo critérios flexíveis e de acordo com os objetivos da pesquisa, para após leitura densa e exaustiva classificar o material, realizar a análise e obter respostas e explicações à questão formulada. Especificamente em relação ao processo de análise de grupos focais, Barbour (44) assinala que esse pode ter início já após a realização de uma primeira sessão de grupo focal com a realização de uma pré análise do material e a codificação em pré categorias temáticas de análise. Inclusive, esse procedimento auxilia a realização da sessão subsequente do grupo focal, considerando também que cada sessão do grupo focal gera material para a sessão seguinte.

Tendo em vista os objetivos desse estudo, após a primeira sessão de grupo focal de cada um dos serviços que constituíram o cenário de estudo, o material gravado foi transcrito e foi realizada leitura e pré análise, com a codificação em categorias temáticas, em termos de como se configuram direitos, dos temas discutidos pelos participantes. Desse modo, especificamente em relação à primeira sessão de grupo focal de cada serviço cenário de estudo, foi realizada leitura do material e os dados foram organizados em pré categorias para apresentação para os participantes na ocasião da segunda sessão de cada grupo focal. Justamente, a segunda sessão de grupo focal realizada em cada um dos serviços teve início com a apresentação dessa codificação prévia do material da primeira sessão para os participantes para contestação, ratificação e novas discussões. Após a segunda sessão de cada grupo focal, o material correspondente foi analisado. Nesse processo, para a análise dos grupos focais foi utilizada a análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo (41). Segundo Minayo (41, p.316), o processo de análise temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado”.

Por fim, considerando o resultado e análise do conjunto dos documentos internacionais e brasileiros e dos grupos focais, foi realizada discussão em diálogo com os marcos conceituais e referenciais teóricos dessa pesquisa.

4. Temas identificados nos documentos e propostos nos diálogos em CAPSij: os possíveis aspectos e temas para avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis

4.1 Documentos internacionais;

A CDPD, além do preâmbulo, é composta por 50 Artigos no total. Desses 50 Artigos, sete são abordados no kit de ferramentas Direito é Qualidade, a saber: Artigos 12, 14, 15, 16, 19, 25 e 28, já explicados anteriormente. Ora, considerando a necessidade de investigar quais artigos da CDPD poderiam ser considerados para composição de temas para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis em geral, é preciso primeiro analisar se esses Artigos que já compõe os temas do kit de ferramentas são ou não apropriados e em que sentido. Em um segundo momento analisar os demais Artigos da CDPD.

Para essa análise é importante considerar três questões. A primeira, que os direitos estabelecidos na CDPD precisam ser reconhecidos como direitos indivisíveis e interdependentes. Exemplificando, para a garantia do exercício do direito estabelecido no Artigo 30 (Participação na vida cultural e em recreação, lazer e esporte) é de crucial importância o estabelecido no Artigo 19, que trata do direito de viver em comunidade e de ter uma vida independente. Ou seja, é preciso clareza de que todos os direitos presentes na CDPD e não tratados especificamente aqui são também direitos das pessoas com habilidades, incluindo as crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico, e guardam relação entre si.

A segunda, que a população abrangida pelos serviços de saúde mental infantojuvenis, comumente, incluem crianças, adolescentes e jovens. Considerando a definição da OMS, no que se refere à faixa etária, são consideradas crianças as pessoas de zero à 10 anos, adolescentes de 10 à 19 anos e jovens de 15 à 25 anos; ainda, são considerados bebês as crianças com menos de um ano, e adultos as pessoas acima de 19 anos. Soma-se a essas distinções de faixas etárias o fato de que os países estabelecerem diferentes idades para o reconhecimento da capacidade legal de seus cidadãos. Assim, o primeiro ponto aqui é que essa sobreposição de faixas etárias precisa ser considerada, principalmente a da população considerada jovem e adulta nos contextos locais porque há importantes diferenças nas consequências para o exercício e gozo de direitos das pessoas que já tem reconhecida sua

capacidade legal. Além disso, é importante reconhecer as singularidades de cada um desses grupos populacionais, com seus modos de participação social próprios. O detalhamento dessas diferenças e consequências extrapola os limites desse estudo, por isso não são demarcadas aqui essas distinções na análise dos Artigos da CDPD; adota-se como perspectiva geral de leitura dos Artigos e constituição dos temas que para o exercício e gozo de direitos, que são reconhecidos e afirmados, é preciso ter em vista as diferenças de idade e de maturidade desses grupos populacionais. Ainda, com o propósito de uniformizar a linguagem com o restante do texto, será usado como termo geral para se referir à todos os sujeitos usuários de serviços de saúde mental infantojuvenil o termo crianças e adolescentes.

Acerca da terceira questão, é importante deixar explícita a lógica utilizada para identificação dos Artigos da CDPD relevantes para os propósitos do estudo. Ora, os Artigos afirmam e estabelecem direitos para todas as pessoas com habilidades. Esses direitos – que vale lembrar, são usualmente violados ou negados – deveriam ter possibilidade de serem exercidos na vida cotidiana pelos sujeitos; e na vida cotidiana são acessados e exercidos direitos variados em maior ou menor grau e na relação com a necessidade que se apresenta no momento. Pois, o que se quer afirmar com isso é que para averiguar quais Artigos são imprescindíveis, ou seja, quais direitos são indispensáveis, parte-se da compreensão de quais são as necessidades gerais e centrais das crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental que precisam ser consideradas.

Desse modo, atendo-se especificamente aos Artigos que compõe o kit de ferramentas Direito é Qualidade, na lógica da interdependência dos Artigos, todos Artigos têm relevância considerando a mensagem expressa enquanto direito por cada um desses. Ainda assim, dado o propósito do kit de ferramentas e a proposta específica desse estudo, isto é, identificar temas relevantes para avaliar e melhorar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis, é preciso verificar se esses são os Artigos mais apropriados.

Enfim, considerando a ordem dos Artigos na CRPD e abrangidos no kit de ferramentas Direito é Qualidade, primeiro é preciso tratar dos Artigos 12 e 14. O Artigo 12 diz respeito ao direito ao exercício da capacidade legal, enquanto o 14 se refere ao direito à liberdade pessoal e à segurança da pessoa. Em linhas gerais, tais Artigos são considerados em conjunto no kit de ferramentas porque, juntos, expressam o direito de uma pessoa fazer escolhas em sua vida e viver em liberdade, o que está relacionado ao reconhecimento da cidadania da pessoa. Partir do reconhecimento da cidadania da pessoa com experiência de sofrimento psíquico e da afirmação de sua liberdade é um ponto basilar para os processos de

transformação de serviços e práticas, com a substituição de uma lógica asilar para uma de base territorial; o Artigo 14 em particular, segundo Saraceno, “se realmente aplicado, tem consequências importantes sobre a relação de poder que existe entre a psiquiatria e os próprios usuários” (4, p.116). Sendo assim, para o campo da saúde mental em geral esses dois Artigos e a mensagem que expressam são de fundamental importância.

Tratando primeiramente do Artigo 14, esse é um Artigo que afirma o direito à liberdade e à proteção da pessoa, que devem ser asseguradas para todos. Ora, a afirmação, defesa e produção da liberdade é central para a superação das instituições de características asilares e para a construção de serviços e práticas substitutivos a essas. Sendo assim, trata-se de um Artigo que afirma um direito do qual o amplo sentido não se pode abrir mão. Já o Artigo 12 afirma o direito à capacidade legal, o que envolve o direito a ter direitos e a exercer direitos; esse Artigo significa um direito em si mesmo e, também, uma ferramenta para o exercício de direitos¹⁰.

No sentido do kit de ferramentas Direito é Qualidade uma importante dimensão desse direito é o direito da pessoa na tomada de decisões sobre sua própria vida. A questão a ser refletida é que esses Artigos tal como afirmados na CDPD e suas implicações, como o direito a tomada de decisões por si, é plenamente aplicável para os sujeitos que tem sua capacidade legal reconhecida; contudo, dito de modo geral, não é reconhecida para as crianças e adolescente a capacidade de tomada de decisões exclusivamente por si por não ser reconhecida sua capacidade legal¹¹. Assim, é preciso garantir aquilo que se expressa nos Artigos a partir de um certo giro no enquadre dos mesmos.

O desafio consiste em garantir que as opiniões das crianças e dos adolescentes que não tem sua capacidade legal plenamente reconhecida sejam escutadas, valorizadas, legitimadas e consideradas. Destarte, é preciso assegurar o significado exposto nos Artigos 12 e 14 com o reconhecimento da cidadania desses sujeitos e do direito de exercer direitos e viver em liberdade, considerando esses direitos enquanto direito de participar nas decisões de suas vidas. Mantendo o sentido desses direitos, seria relevante em um processo de avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos humanos investigar junto aos serviços, por

¹⁰ Importante ressaltar que a expressão capacidade legal tem sido objeto de debate pois sua tradução não tem uniformidade. Varia, nos diferentes países, a compreensão da capacidade legal como a capacidade de ter direitos, a capacidade de agir, ou ambas.

¹¹ Como já afirmado, a idade em que a capacidade legal de um sujeito é reconhecida é variável nos diferentes países. No Brasil, por exemplo, é reconhecida a plena capacidade civil para pessoas maiores de 18 anos e capacidade relativa para maiores de 16 anos. Tomando a Convenção dos Direitos das Crianças, de 1990, como base, essa estabelece que a maioridade é reconhecida a partir dos 18 anos, com o reconhecimento concomitante da capacidade legal da pessoa.

exemplo, se esses criam mecanismos e estratégias para escutar a opinião das crianças e adolescentes que não tem sua capacidade legal plenamente reconhecida em razão da idade, e assegurar a participação deles na tomada de decisões envolvendo o próprio cuidado e as práticas do serviço. Reitera-se, aqui, que esse direito tem que ser sustentado por outros Artigos ou Convenções internacionais – o que buscar-se-á fazer no momento de análise de outros Artigos da CDPD.

Na sequência, há o Artigo 15, que diz respeito à “prevenção contra tortura ou tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes”, e o 16, que trata da “prevenção contra a exploração, a violência e o abuso”. Ora, é recorrente as situações de práticas violentas perpetradas contra as pessoas com experiência de sofrimento psíquico, incluindo as crianças e adolescentes, dentre as quais estão diversas formas de abuso, agressão, negligência, isolamento, contenção, tratamentos cruéis e tortura; o Artigo 15 ainda estabelece que ninguém pode ser submetido a experimentos médicos ou científicos sem consentimento. E há que se considerar que tais práticas ocorrem em cenários variados, incluindo os próprios serviços de saúde e instituições com características asilares – lugares de abandono, miséria e violências em que se encontram crianças e adolescentes institucionalizados (1,2,4,19,21,23). Nesse sentido, esses Artigos são frequentemente violados. Dar um basta nessas situações de violência e prevenir novas é uma necessidade urgente. Considerando isso, esses Artigos já parte do kit de ferramentas continuam sendo pertinentes para os contextos específicos da infância e adolescência.

O Artigo 19 diz respeito ao direito à vida independente e à inclusão na comunidade. Na definição dos temas pertinentes para avaliação dos serviços em termos de respeito, promoção e garantia de direitos, este Artigo é central por abordar o direito de se viver uma vida compartilhada em territórios reais de existência. Trata-se de um Artigo que, no escopo do kit de ferramentas Direito é Qualidade, abrange o direito à viver e morar em uma comunidade, ao acesso igual às oportunidades de vida e de projetualidade oferecidas no território, e à participação na vida pública e em atividades sociais, culturais e de lazer que constituem o cotidiano dos sujeitos de um território. Dessa forma, o que é expressado por esse Artigo é aquilo que constitui um serviço de saúde mental aberto e de base territorial, com cotidiano e práticas voltados para a ampliação da participação social dos sujeitos. Logo, ao afirmar o direito de viver a vida em uma comunidade, esse Artigo tem uma expressiva importância pois, no entrecruzamento de Artigos, garantindo-se esse direito tem-se um contexto para o

exercício de diversos direitos. Senso assim, é também considerado relevante para os serviços infantojuvenis.

O Artigo 25 afirma o direito à saúde e a gozar do mais alto nível de saúde. Em linhas gerais, isso inclui o direito ao acesso ao serviço, ao acolhimento por parte do serviço das necessidades apresentadas pelo sujeito e à responsabilização por parte do serviço na atenção do sujeito. Uma dimensão importante desse Artigo é a ênfase no direito à saúde sem especificação de serviços, sendo relevante porque muito frequentemente o acesso de pessoas com experiência de sofrimento psíquico aos serviços de saúde costuma ter como características ser menos frequente e, quando ocorre, os serviços serem de pior qualidade; de fato, a esperança de vida dessa população costuma ser mais baixa do que da média da população de um mesmo país (4, 47). Assim sendo, esse Artigo abarca o direito da pessoa em ser cuidada em um serviço e, considerando a interdependência entre os Artigos, considere-se aqui o direito ao cuidado em serviço situado na comunidade. Ora, em se tratando de investigar a pertinência dos Artigos para o contexto dos serviços de saúde mental infantojuvenil, ao considerarmos que esse Artigo visa a assegurar como direito central o cuidado, torna-se clara sua relevância.

Por fim, encerrando os Artigos que compõe o kit de ferramentas Direito é Qualidade, tem-se o Artigo 28, que se refere ao direito a um padrão de vida e proteção social adequados. Esse Artigo abarca o direito às condições materiais para um padrão de vida adequado, o que incluir essencialmente o direito à moradia adequada, com os direitos a estar e a habitar espaços adequados, com padrões de higiene e que respeitem a intimidade das pessoas, bem como inclui o direito à água, à alimentação, ao vestuário. E, também, esse Artigo abarca o direito à proteção social, que pode incluir uma série de formas de proteção, tais como programas de trabalho, de transferência de renda, pensões, dentre outros. Trata-se de um Artigo importante na CDPD porque afirma o direito das pessoas com habilidades a ter um padrão de vida adequado, com uma moradia adequada e estar em sistemas de proteção social.

Não obstante, é preciso indagar se no contexto específico de uma avaliação e melhoria da qualidade dos direitos em um serviço de saúde mental infantojuvenil esse Artigo pode ser considerado para um tema próprio, tal como o é no kit de ferramentas Direito é Qualidade. Isso porque, considerando o que se refere mais especificamente aos serviços de saúde mental, o Artigo versa principalmente sobre a questão da moradia e no caso das crianças e adolescentes a própria CDPD por meio do Artigo 23 estabelece como direito da criança morar com a família prioritariamente ou em ambiente familiar, de modo que esse é o direito que

precisa ser principalmente defendido, promovido e garantido no sentido de uma moradia adequada: que as crianças e adolescentes possam morar e conviver em família, no território, e que essas moradias tenham e garantam um padrão de vida adequado para esses sujeitos.

Isso exposto, é preciso ao mesmo tempo não perder de vista que há situações em que esse direito não é respeitado no próprio âmbito de serviços – de saúde e sociais –, como ocorre nas situações de institucionalização de crianças e adolescentes. Ora, considerando esse cenário, mas também as situações de caráter transitório em que se realiza acolhimento ou hospitalidade 24 horas – que pode ou não contar com um componente residencial –, os aspectos relativos a esse Artigo também necessitam ser abordados em um processo de avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos, precisando ser investigadas no âmbito de outro tema. Ainda, é preciso considerar que a questão da moradia coloca a materialidade concreta do cenário da casa, que é um importante cenário para o empoderamento dos sujeitos, que é entendido como um processo de ampliação da capacidade de projetualizar e de aspirar liberdade, articulada com a capacidade de adquirir recursos para aumento do poder de contrato. Sendo assim, considera-se que em uma proposta de avaliação de serviços infantojuvenis o Artigo 28 não resulta em um tema em si, mas o aspecto da situação de moradia em particular precisa compor com algum outro tema. Com isso encerra-se a análise dos Artigos que compõe o kit de ferramentas Direito é Qualidade.

Nessa segunda etapa é preciso identificar dentre todos os Artigos da CDPD que não compõe o kit de ferramentas Direito é Qualidade se haveria Artigos relevantes para a discussão específica das crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental infantojuvenis. Novamente, não se trata de afirmar que alguns direitos são mais importantes do que outros, mas de analisar quais Artigos são essenciais para um processo de avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos nesses serviços. Assim, na análise dos Artigos da CDPD foram identificados, além do preâmbulo da CDPD, outros três Artigos que merecem menção, a saber: Artigo 7 (Crianças com habilidades), Artigo 23 (Respeito pelo lar e pela família) e Artigo 24 (Educação).

No preâmbulo da CDPD reconhece-se que “as crianças com habilidades devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças”. Essa afirmação tem importância porque, de partida, já reitera que as crianças abrangidas nessa Convenção tem os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que todas as crianças. Assim, desde o princípio se reconhece os direitos dessas crianças e adolescentes.

Dito isso, tratando de cada um dos Artigos, o Artigo 7 tem como foco, justamente, as crianças com habilidades. O parágrafo primeiro afirma o “pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com a demais crianças”; o segundo estabelece que “o superior interesse da criança receberá consideração primordial”; e o terceiro que essa população tem assegurado os direitos de “expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças” e de receber “atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito”.

Esse Artigo tem importância central por expressamente reconhecer e reafirmar a cidadania das crianças com habilidades. Ainda, merece destaque a ênfase colocada na necessidade de assegurar seu poder de voz diante da sociedade de acordo com sua idade e maturidade. Ora, considerando o exposto sobre o Artigo 12 anteriormente e os desafios de considerar esse Artigo para crianças e adolescentes que não tem reconhecida sua capacidade legal, o Artigo 7 tem particular importância. Com esse Artigo fica afirmada a cidadania das crianças e adolescentes com habilidades em geral: são sujeitos de direitos e tem o direito de exercer direitos. Assim, em um kit de ferramentas para um processo de avaliação, a dimensão da participação nas decisões de sua vida e do cotidiano dos serviços fica aqui assegurada, sendo reconhecida as singulares formas de expressão e participação em razão da idade.

Já o Artigo 23 trata do direito ao respeito pelo lar e pela família. Nesse Artigo, são feitas algumas menções a esse direito, dentre as quais vale mencionar, considerando a importância do direito a um lar junto a uma família, o exposto no terceiro parágrafo, em que é assegurado “iguais direitos em relação à vida familiar”; e é afirmado que para garantir tais direitos os Estados Partes darão suporte provendo “informações abrangentes sobre serviços e apoios a crianças com deficiência e suas famílias”. Ainda afirmando o direito ao respeito pelo lar e pela família, no quarto parágrafo do Artigo 23 está que “uma criança não será separada de seus pais contra a vontade destes, exceto quando autoridades competentes, sujeitas a controle jurisdicional, determinarem, em conformidade com as leis e procedimentos aplicáveis, que a separação é necessária, no superior interesse da criança” e, ainda, que em “nenhum caso, uma criança será separada dos pais sob alegação de deficiência da criança ou de um ou ambos os pais”. Concluindo esse Artigo, o quinto parágrafo estabelece que no caso de a “família imediata de uma criança com deficiência” não ter “condições de cuidar da criança”, deverá ser feito por parte do Estado “todo esforço para que cuidados alternativos

sejam oferecidos por outros parentes e, se isso não for possível, dentro de ambiente familiar, na comunidade”.

Considerando o conjunto de aspectos do Artigo 23, fica claro que deve ser, primeiro, assegurado às crianças com habilidades a vida compartilhada junto às suas famílias, e que quando a família imediata não tiver condições de prover cuidados, essa criança deve ser cuidada em “ambiente familiar, na comunidade”. Isso significa que em nenhuma hipótese é justificável o afastamento de convívio familiar ou institucionalização de uma criança em razão de sua desabilidade ou da impossibilidade de familiares diretos cuidarem desta criança. Para uma proposta de avaliação de serviços de saúde mental infantojuvenis, esse Artigo tem particular importância tanto pela afirmação do direito da criança e do adolescente de convivência junto à família, quanto pela consequência desse direito que é a não aceitação de situações de institucionalização. Desse modo, trata-se de importante Artigo para compor os temas.

Por fim, a CDPD contém mais um Artigo central para o tema das crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental, que é o direito à educação, assegurado no Artigo 24. O parágrafo primeiro do Artigo 24 estabelece que os “Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com habilidades à educação” e assinala que “para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados Partes assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida”. Trata-se da afirmação de um direito central com objetivos claros, que é de construção de uma educação inclusiva.

Para tanto, o parágrafo segundo estabelece alguns deveres dos Estados Partes para assegurar esse direito, dentre os quais se destaca a garantia de não exclusão do sistema educacional geral sob alegação de desabilidade. Já o terceiro parágrafo desse Artigo estabelece que deve ser assegurado à essas pessoas a “possibilidade de adquirir as competências práticas e sociais necessárias de modo a facilitar às pessoas com habilidades sua plena e igual participação no sistema de ensino e na vida em comunidade”, com a adoção de medidas necessárias para tanto. Por fim, para a discussão específica na saúde mental infantojuvenil e para a questão dos adolescentes em particular, também tem destaque o parágrafo quinto, que estabelece que o direito a “acesso ao ensino superior em geral,

treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições”¹².

As instituições dos sistemas de ensino, como as escolas, são um dos importantes cenários da vida de crianças e adolescentes, sendo também um cenário possível de empoderamento (4). Assim, esse direito tem centralidade na discussão sobre temas e aspectos relevantes a considerar em um processo de avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos de crianças e adolescentes. Trata-se de um direito que os serviços precisam defender, promover e garantir no diálogo com os setores da sociedade.

Por fim, tendo sido encerrada a análise dos Artigos da CDPD, é pertinente verificar o que o documento *Promoting rights and community living for children with disabilities*¹³ (23), que trata da discussão de direitos de crianças com habilidades à luz da CDPD, assinala em termos de Artigos relevantes para essa população, averiguando se há ou não correspondência com o que foi proposto anteriormente. Ressalta-se que esse documento se configura como um relatório que parte do reconhecimento de que é um cenário comum e generalizado a institucionalização de crianças e adolescentes com habilidades psicossociais, que acabam tendo seus direitos violados ou mesmo negados. O relatório lista um conjunto de fatores que contribuem para esse cenário de institucionalização, incluindo: pobreza, falta de serviços localizados na comunidade, estigma, discriminação, e exclusão social. Ainda, assinala que a decisão pela institucionalização é mais frequentemente tomada por trabalhadores de serviços de saúde e por autoridades do governo do que pelos familiares da criança. Nessa linha, o relatório aponta que é necessário defender e garantir o direito de crianças com habilidades psicossociais viverem na comunidade, ou seja, em uma vida compartilhada no território por meio de uma mudança nas políticas públicas.

¹² Também em relação ao Artigo 24, merece menção o comentário geral sobre o Artigo que assinala que ainda há barreiras para a inclusão das pessoas com habilidades em geral no sistema educacional. As barreiras incluem: as dificuldades de compreensão e implementação de uma perspectiva de habilidades a partir dos direitos humanos, a contínua discriminação contra essas pessoas, a falta de conhecimento sobre as vantagens de uma educação inclusiva, falta de vontade política, dentre outras. O comentário geral ainda assinala que é necessária uma transformação profunda nos sistemas de educação e afirma o que entende por educação inclusiva, sublinhando, dentre outras questões, que essa deve ser compreendida como um direito fundamental, como um princípio que valoriza todos, respeitando sua dignidade e autonomia, e que é um modo de realização de outros direitos humanos.

¹³ Segundo definição apresentada no próprio documento, o termo “habilidade” é compreendido amplamente, incluindo aí os “transtornos, as limitação de realização de atividades e as restrições na participação social”, tendo relação com os “aspectos negativos da interação entre a pessoa (com a condição de saúde) e os fatores contextuais da pessoa (ambientais e fatores pessoais)”. Especificamente o termo “habilidades psicossociais” refere-se às “habilidades de crianças com diagnósticos ou condições persistentes de saúde mental e/ou transtornos intelectuais, que podem ser causados por estigma, discriminação e exclusão”.

Para a apresentação e soluções e estratégias, o relatório se apoia em duas convenções: a Convenção dos Direitos da Criança (CDC), de 1990, e a já mencionada CDPD. Na lógica de construção do documento *Promoting rights and community living for children with disabilities* a CDC é compreendida juntamente com a CDPD, sendo que juntas constituem um conjunto de direitos que devem ser defendidos e garantidos. Nesse sentido, por exemplo, esse relatório menciona que considerando um quadro geral dos direitos das crianças e adolescentes a CDC faz referência direta às crianças com habilidades em dois Artigos, a saber: Artigo 2, que trata do princípio da não discriminação, e Artigo 23, que assinala os esforços que os Estados Partes devem realizar para cumprir esse direito da proteção contra a discriminação. O relatório aborda também outros pontos específicos de outros Artigos da CDC que são de interesse das crianças com habilidades psicossociais. Contudo, tendo em vista a proposta do estudo, aqui vamos tratar especificamente daquilo que esse relatório aponta em relação à CDPD.

Tendo isso em vista, um primeiro ponto a ser mencionado é que os Artigos apontados nesse relatório como centrais para a discussão das crianças e adolescentes coincidem, em sua maioria, com a análise feita por essa pesquisa da CDPD. Assim, o relatório destaca os Artigo 7, que segundo o relatório afirma um quadro geral dos direitos das crianças com habilidades; os Artigos 15 e 16, que tratam da prevenção de todas as formas de tortura, maus tratos e violências; o Artigo 19, enfatizando o direito a uma vida em comunidade; o Artigo 23, enfatizando que as crianças com habilidades não devem ser separadas de seus pais, a não ser se isso for para o interesse da própria criança; e o Artigo 24, que afirma o direito à educação. A não coincidência entre os Artigos se faz à menção de um subparágrafo do Artigo 18 (Liberdade de movimentação e nacionalidade) como importante e a não menção ao Artigo 25 (Saúde).

Sobre o Artigo 18, no que se refere à proteção da identidade da criança e o direito de ficarem com seus pais, o relatório identifica o subparágrafo 2 do Artigo 18 da CDPD como um ponto importante, considerando que lá está assinalado que as crianças com habilidades “serão registradas imediatamente após o nascimento e terão, desde o nascimento, o direito a um nome, o direito de adquirir nacionalidade e, tanto quanto possível, o direito de conhecer seus pais e de ser cuidadas por eles”. O relatório articula a esse direito o Artigo 23 da CDPD, já assinalado anteriormente.

Já ao tratar do direito à saúde, o relatório aborda apenas a CDC em seus Artigos 24 e 25. Não faz qualquer referência ao Artigo 25 da CDPD que versa, justamente, sobre o direito à saúde.

Considerando esse relatório, compreendemos que a menção ao Artigo 18 da CDPD pode ser compreendida como um aspecto importante a ser considerado no tema que compreende o direito ao respeito ao lar e à família.

4.2 Documentos brasileiros;

Na sequência da análise dos Artigos da CDPD relevantes para a composição de temas para um processo de avaliação e melhoria da qualidade e respeito aos direitos em serviços de saúde mental infantojuvenis, considerando a importância dos cenários de práticas reais e de contextualização desses cenários, é preciso verificar quais possíveis temas são expressos nos documentos brasileiros considerados para análise.

Par uma breve explicação de cada um dos documentos analisados, vale assinalar que o documento *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012* (36, p.5), é o documento institucional que contém as recomendações e cartas das reuniões do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, já mencionado, no qual foram debatidas “questões relacionadas à saúde mental de crianças e adolescentes, oferecendo subsídios para a construção das políticas públicas voltadas a essa população”.

O documento intitulado *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos* (37, p.5) também é um documento institucional, resultado da articulação de diferentes áreas técnicas e elaborado por diferentes “profissionais que atuam no sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes, promotores de justiça, defensores públicos, juízes, gestores e profissionais de saúde, especialmente os da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS)”;

o material também foi submetido a uma consulta pública para ampla participação. O documento faz uma síntese da história brasileira da atenção à crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental, afirma expressamente que as crianças e adolescentes são sujeitos de direitos, destaca a saúde como um direito fundamental, assinala diretrizes na atenção psicossocial a essa população, e aponta caminhos do cuidado.

O terceiro documento analisado, os *Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CONCAPSi)* (35, p.12), reúne resumos

apresentados no evento de mesmo nome. Realizado em 2013, reuniu “1515 trabalhadores, usuários, familiares, estudantes e gestores, de diferentes setores públicos, representando 25 estados da Federação e o Distrito Federal”, e configurou-se como um importante espaço de expressão da potência da modalidade de serviços CAPSij na construção da rede de saúde mental infantojuvenil. Na ocasião, foram discutidas práticas, temas centrais, e desafios presentes na construção desses serviços considerando, também, “a responsabilidade do Estado democrático no cuidado ético e qualificado de sua população”.

Por fim, o quarto e último documento, o *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS IJ* (38), é resultado da consolidação dos relatórios produzidos durante o evento com mesmo nome. Realizado em 2016 na cidade de São Paulo, contou com a participação de todos os 27 CAPSij do Município e com a participação de 727 pessoas dentre trabalhadores, usuários, familiares e gestores. Esse Encontro teve como eixos centrais a ideia de duplo mandato e a da intersetorialidade; ainda, como característica marcante, houve participação ativa e protagonista de crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental infantojuvenil.

Os documentos brasileiros foram analisados em conjunto e, considerando os objetivos do estudo, verificou-se quais eram os temas presentes nos documentos, quais eram transversais a todo o campo da saúde mental de crianças e adolescentes e em quais temas se expressavam as questões de maior relevância para o campo. Assim, foram identificados sete temas comuns entre os documentos que podem ser pertinentes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes, a saber: “intersetorialidade”; “ações territoriais”; “famílias e responsáveis pelo cuidado”; “educação”; “redes afetivas e de apoio”; “prevenção contra violências”; e “protagonismo”.

O primeiro tema refere-se à intersetorialidade. Todos os documentos analisados tratam desse aspecto como uma questão central para a construção de serviços de saúde mental infantojuvenis de qualidade, dotando de enorme importância e centralidade essa questão na discussão sobre as práticas e serviços de saúde mental voltados para crianças e adolescentes. Nota-se que a discussão e prática da intersetorialidade é marca da própria constituição do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, que constituiu-se como um espaço de articulação intersetorial para debates e construção de caminhos para políticas públicas. Nesse sentido, torna-se evidente que essa questão é central expressa nos demais documentos.

Assim, no documento *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS* se afirma a “construção permanente da rede e da intersetorialidade” como uma das diretrizes da

política de saúde mental infantojuvenil, assinalando que é imprescindível a participação de “atores intersetoriais” para a criação e construção de respostas (37, p.25). Os anais do *CONCAPSi*, por sua vez, destacam em sua apresentação que a construção de uma rede de atenção voltada para a saúde mental infantojuvenil é “fundamentada na intersetorialidade e na tomada de responsabilidade de territórios” e, mesmo considerando que “pode ser iniciada através de um dispositivo como o CAPSi”, essa rede “só vai consolidar-se com a construção de uma rede de consistentes parcerias setoriais e intersetoriais”; além disso esse tema aparece em diversos dos resumos apresentados no evento (35, p.12). O tema também é de grande relevância no documento do *I Encontro Municipal de CAPS IJ*, sendo um dos eixos estruturantes do evento; também aparece na discussão de temas diversos, como na questão do CAPSi na rede, na discussão sobre atenção básica e no debate sobre a questão da juventude.

Um segundo tema refere-se à necessidade e importância do foco nas ações territoriais, que também aparece em todos os documentos analisados; destaca-se que tendo em vista que a lógica territorial é central em uma política nacional de saúde mental alinhada à reforma psiquiátrica antimanicomial e ao eixo da desinstitucionalização, que na data de produção dos documentos ainda estava em vigor, torna-se evidente que esse tema terá destaque. O documento do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil* faz diversas menções à necessidade construção de uma rede territoriais, sendo que a “rede pública ampliada de saúde mental para crianças e adolescentes deverá operar sob o princípio da intersetorialidade e do cuidado territorial” (36, p.26). O *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS* assinala o trabalho no território como uma das diretrizes de uma política nacional de saúde mental para crianças e adolescentes e, como expressa o documento, a ideia de território “extrapola os sentidos meramente geográficos ou regionais” de modo que está relacionado com “as redes de relações e afetos e com as redes sociais daquele que é cuidado, que inclui a família, os vizinhos, a escola, a praça, o clube, os lugares de lazer etc.” (37, p.25). Em relação aos documentos referentes à debates, os anais do *CONCAPSi*, bem como o relatório do *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS IJ*, enfatizam que os serviços de saúde mental infantojuvenil, em particular os CAPSi, precisam desenvolver suas ações nos locais reais de vida das crianças e adolescentes sujeitos da atenção: em seus territórios de existência, ultrapassando o muro concreto dos serviços, construindo redes afetivas, sociais e intersetoriais em diálogo com os territórios. Como expresso no *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS IJ*, “se o lugar da criança é na vida (na escola, no ônibus, etc.), o lugar de atuação da equipe é também na vida”.

Um terceiro tema diz respeito às famílias e responsáveis pelo cuidado, afirmado expressamente nos documentos institucionais e mencionado nos documentos de debates do campo. Acerca disso, a própria Portaria nº 1.608/2004, que institui o *Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes*, recomenda o “fortalecimento das redes de apoio comunitárias e familiares” para a construção de redes, serviços e práticas não institucionalizantes (32). O documento resultado das reuniões desse Fórum assinala a necessidade de participação de “familiares e responsáveis nos espaços de discussão coletiva sobre a política de saúde mental infantojuvenil”, de compreensão dos familiares como dimensão estratégica para a construção de cuidado compartilhado e ao mesmo tempo como sujeitos do cuidado (36, p.28). O documento *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS* aponta que a família precisa ser compreendida como parte do território existencial das crianças e adolescentes sujeitos da atenção, sendo essencial na construção do cuidado para a criança e para o adolescente. Por fim, vale notar que seguindo as diretrizes e recomendações dos documentos institucionais, a partir de uma concepção ampliada de família que não se restringe à parentalidade direta, os documentos referentes aos debates assinalam que os familiares e cuidadores são tanto parte ativa dos cuidados às crianças e adolescentes, como foco do cuidado. Desse modo, ao mesmo tempo são considerados parceiros da equipe na construção e realização do projeto terapêutico singular da criança e do adolescente, e são sujeitos do cuidado por parte da equipe.

A questão da educação também aparece como um tema importante em todos os documentos. Interessante notar que nos documentos institucionais o tema da educação tem menos destaque do que os outros três anteriores, ainda que o setor da educação fosse componente do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil. No documento relativo às reuniões deste Fórum é abordada, em particular, a questão da educação inclusiva com ênfase na necessidade de estimular e fortalecer as ações intersetoriais. O outro documento institucional, *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS*, assinala o papel estratégico da educação destacando que é papel da educação a “promoção de ambientes, ações e situações que visem ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, de acolhida e aceitação, bem como de espaços reflexivos e críticos sobre quaisquer problemas identificados”, e que “não são atribuições da comunidade escolar a identificação e o diagnóstico de patologias ou transtornos mentais” (37, p.40). Já os documentos relativos aos eventos e debates, em particular o *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS II*, assinalam a necessidade de construir ações intersetoriais para garantia da inserção das

crianças e adolescentes sujeitos da atenção no sistema educacional e a importância da prevenção e combate ao preconceito e estigma vivenciado pelas crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico; além disso, apontam como problemático o fato de o sistema educacional circunscrever modos de expressão singulares como problemas de saúde.

Um quinto tema diz respeito às redes afetivas e de apoio, que se referem à construção de relações horizontais cotidianas e afetivas entre os trabalhadores, usuários e familiares, com presença de qualidade; esse tema é menos presente no documento do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil*. O documento institucional *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS* expressa essa questão no decorrer do documento enquanto uma necessária postura do serviço e dos trabalhadores. Mais claramente, esse tema está presente nos documentos referentes aos debates do campo, com forte e significativa expressão nas discussões sobre as situações de crise e na fala de diversos usuários e familiares quando afirmam o que significa os serviços de saúde mental infantojuvenil para eles; nessa linha, no *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS II* os serviços são mencionados, por exemplo, como espaços de “apoio” e “ajuda”.

Um sexto tema comum nos documentos analisados refere-se à prevenção contra violências vividas por crianças e adolescentes com experiência de sofrimento psíquico e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas; esse tema também tem presença menos marcante no documento do *Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil*. O documento *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS* assinala que a questão da violência é um tema relevante para a saúde mental de crianças e adolescentes sendo necessária atenção para a questão, e menciona a importância de enfrentar o estigma que leva a situações de exclusão social de crianças e adolescentes. O documento *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS II*, conta também com referências à questão do estigma e do preconceito, abordando como isso se expressa também nas práticas dos profissionais e por parte do sistema educacional, em particular; ainda, a referência direta à violência sofrida por crianças e adolescentes aparece com mais frequência ligada às situações de vulnerabilidade e violência dos territórios. Os anais do *CONCAPSi* apresentam algumas menções à questão do estigma e do preconceito, referindo-se às situações estigmatizantes vivenciadas pelas crianças e adolescentes por serem usuárias de serviços de saúde mental e na ocasião de a elas ser atribuído um diagnóstico psiquiátrico e esse significar uma objetificação de suas vidas.

Acerca dessa última questão, do diagnóstico psiquiátrico enquanto rotulação, merece destaque a discussão presente, em particular, no documento *I Encontro Municipal de CAPS*

Infantojuvenil-CAPS II sobre a patologização e medicalização de crianças e adolescentes. Nesse documento, em diversas ocasiões é discutido que diversos problemas e sofrimentos que são parte da vida tendem a ser patologizados e medicalizados, o que pode ocasionar a psiquiatrização e estigmatização; nessa linha, o documento destaca a importância de evitar e combater esses processos e práticas.

Por fim, um sétimo tema relevante é sobre o protagonismo de crianças e adolescentes, com a construção de espaços para exercício do mesmo e para escuta da voz das crianças no cotidiano dos serviços de saúde mental. O documento *Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS* assinala que a criança e o adolescente “são sujeitos de direitos e detentores de lugares autênticos de fala” (37, p.23). O documento do *Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil* destaca que a última reunião realizada por esse Fórum, que contou com a representação de um adolescente, coloca como um dos desafios do campo qualificar a interface com o sistema de garantia de direitos e o protagonismo juvenil. Vale recordar que os eventos *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS II* e *Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis*, que resultaram nos documentos analisados, contou com a participação de usuários. Relacionado a esta questão, para além da construção cotidiana de relações de validação e legitimação do outro, os documentos analisados indicam a necessidade de realização de estratégias próprias para garantir o protagonismo e voz das crianças e adolescentes, como a realização de fóruns, assembleias, conselhos gestores e construção de espaços comunitários.

4.3 Primeiro encontro: temas relevantes do ponto de vista de usuários, familiares e trabalhadores;

Para a análise da primeira sessão de cada um dos três grupos focais foi conduzida primeiro uma leitura e foi realizada uma pré análise de cada uma das discussões dos grupos focais em separado. Esse primeira pré análise revelou que, em sua grande maioria, os temas discutidos na primeira sessão dos três grupos focais coincidiam e, por isso, poderiam ser considerados como temas comuns. Vale assinalar que isso mostra uma coerência entre a lógica e as práticas desenvolvidas nos três serviços. Isso posto, apresenta-se a seguir já em conjunto a análise e a reflexão sobre a primeira sessão desses três grupos focais. Ainda, ressalta-se que seguindo os objetivos da pesquisa, buscou-se categorizar nessa análise esses temas considerando como esses se configurariam em direitos para as crianças e adolescentes.

Assim, foram identificados os seguintes temas: “o direito a uma vida bela e compartilhada em um território: CAPSij como lugar de cuidado e de múltiplas formas de existir”, “o direito à participação nas escolhas” “o direito ao pertencimento à múltiplos espaços: a dimensão da intersetorialidade nas práticas dos CAPSij”, “o direito à presença dos familiares e responsáveis: os familiares como participantes no cuidado e como sujeitos da atenção nos CAPSij”, “o direito à escolarização e a um percurso formativo: a escola como cenário de vida”, “o direito à desmedicalização e à despatologização da vida”, “o direito à prevenção e ao combate ao preconceito, ao estigma e às práticas violentas”, “o direito da criança e do adolescente a reconhecer-se no serviço: a dimensão das formas singulares de expressão e comunicação no mundo”. Ressalta-se que esses temas estão correlacionados na prática cotidiana.

4.3.1 O direito a uma vida bela e compartilhada em um território: CAPSij como lugar de cuidado e de múltiplas formas de existir;

O tema mais abordado nos três grupos focais refere-se àquilo que diz respeito ao próprio propósito e cotidiano desses serviços de base territorial: a afirmação e produção do cuidado em liberdade e das múltiplas e singulares formas de existir em uma vida compartilhada. Assim, a análise da primeira rodada dos grupos focais identificou diálogos sobre diversos aspectos relativos ao próprio cotidiano e práticas dos serviços, tais como: os serviços como espaços de cuidado, de encontros e de constituição de redes de relação; a circulação pelos espaços da cidade; o protagonismo dos usuários, dentre outros. Trata-se de uma temática com uma riqueza de aspectos que exige a devida atenção para compreensão da complexidade do cotidiano desses serviços, com seus lugares e tempos de convivência, de construção de modos de relação e de afetos, e invenção de novas formas de relação com a experiência de sofrimento psíquico.

Para indicar em uma síntese a complexidade e múltiplos significados desses serviços, vale iniciar com uma música escrita por um dos usuários de um dos serviços sobre o CAPSij:

“SOPHIA - As amigades, a verdade, fale, pare, pense, sempre no coração, livres das grades do portão da prisão. Aqui existe liberdade, faces novas, faces de eternos amigos, sei que está difícil, mas aqui temos amigos. Não desisto, insisto nos meus sonhos. Vamos, sempre estamos lutando pra ser feliz. Mas o que eu me diz? Fiz, erreí, sonhei, acordei, amo, chamo, vamos lá, lutar, lutar, até o fim. E aí? O que me diz? Sou feliz, aprendi, fiz amigos. Não estamos sozinhos, esse só é o início difícil, mas você tem a nós. Solte

sua voz, tu pode ser o que quiser, pois nós te amamos, não importa quem é. Qual seja a sua fé, se gosta de homem ou de mulher, CAPS, um lugar cheio de amizade, que traz de volta a realidade, liberdade, cidadania, uma luz no final que acabe com a agonia e toda a tristeza, a beleza no ser, o que fazer, acabar? Viver e jamais se esquecer o que fizeram por você, e ao aprender quem te ajudou, não abandonou nos momentos mais improváveis, mais impossíveis, mais difíceis. Mas fez o incrível, ombro amigo, palavras mágicas, silêncio que acalma, fala abraça, ouve, te ama, te amo também, a todos. Ouço seus conselhos, fui crescendo aprendendo a viver, e pra que? Pra mim ser feliz, aprendi o que me diz, foi o CAPS um desses lugares que fiz-me ser, ser gente, CAPSi, piração para sempre.”

Depois que o participante canta sua música e os outros participantes o aplaudem, um dos participantes assinala:

“MARIO – É importante você ter alguém com quem contar, entendeu? E também é importante você conversar. Falar tudo o que você sente, desabafar as coisas que você sente.”

Ora, a compreensão de que os serviços são espaços em que se “pode contar”, sendo lugares de referência para os sujeitos, de atenção às necessidades, desejos e sofrimentos, e de encontros múltiplos, foi abordado por diversos participantes no decorrer dos grupos focais. Assim, destaca-se uma primeira característica desses serviços tal como afirmada pelos participantes: ser um serviço “porta aberta”, entendido pelo participante no amplo sentido de estar sempre aberto para as pessoas poderem acessar, se expressar em seus modos singulares, e terem suas demandas validadas e acolhidas:

“PATRICIA – não tem um dia que eu não passo aqui pelo menos uma vez...dou uma passadinha (...). É que o CAPS é um lugar onde você se sente bem, que você precisa. A vida, a vida... Aqui elas fazem você lembrar de como é gostoso a vida!

CLAUDIA – Vocês estão também falando é um lugar para as pessoas poderem vir e se sentirem bem.

LUIS – Sim.

PATRICIA – Acolhimento.

CLAUDIA – Acolhimento?

LUIS – Isso, 24 horas, que nem eles falam, porta aberta. Você sabe, para nós é um lugar pra você pode... que nós sabemos que não vamos ser julgado por ter essas crises em todos esses momentos.

PATRICIA – Você pode ser você mesmo.”

Aqui, a “porta aberta” se coloca, na expressão de Nicácio (47), no “agir cotidiano” do serviço; trata-se de um movimento de abertura de uma instituição da desinstitucionalização com a flexibilização para acolhimento das múltiplas e singulares demandas e formas de expressão e relação no mundo. Para além do que afirmado pelos participantes, a “porta aberta” é ao mesmo tempo uma proposição e uma produção cotidiana, que envolve um trabalho compartilhado de discussão dos conflitos e contradições do serviço e a invenção coletiva de projetualidades; se realiza simultaneamente no serviço e no território (47).

O acolhimento, enquanto atitude e prática do serviço, foi apontado algumas vezes como sendo de grande importância:

“PATRICIA – O acolhimento é superimportante: (...) me acolheu aqui a um, ó, não tem como... você se dá bem com todo mundo aqui, eles te tratam bem, eles te sabem te acolher. Quando você chega, você pode estar em um momento ruim, eles sabem te acalmar. Então aqui é um lugar que... nossa, nota dez! Adoro!”

Compreende-se por acolhimento, fundamentalmente, uma postura em relação ao outro. Não se trata de um procedimento ou de uma técnica, mas de um modo de se relacionar e de escutar atentamente os sujeitos. Para tanto, e para a construção de práticas de cuidado potentes e compartilhadas com os sujeitos da atenção, é preciso presença e escuta qualificadas:

“SOPHIA – Faz diferença escutarem [o que tenho a dizer].

MARIO – Eles [os trabalhadores] muitas vezes eles falam que... eles tentam apresentar uma solução para o problema e eles sempre tentam falar: ‘ó, mas, ó se você...’. Eles sempre tentam apresentar uma solução. Porque para uns é um caminho, para outros é outro caminho (...). A gente tem que fazer a coisa que dá certo para cada um.

(...)

MARIO – É. Para mim aqui é apoio.

SOPHIA – Escuta. Ajuda.”

“PATRICIA – As tia sabe como se aproximar de você aqui. Cada tia é uma tia e, cada tio é um tio (...). Aqui você está se sentindo em casa, que elas te tratam como se fosse uma família.

LUIS – [O CAPSi] significa acho que... ajuda.

MARILENA – Amor de companheiros.

CARLOS – Ah... uma família, segunda casa.”

“JORGE – [O mais importante] é a atenção....não só você não ter nada e ficar numa área de, sei lá, 20m² onde você não pode fazer um desenho, não tem uma terapia adequada para você fazer, onde você só vai ficar tomando remédio e assistindo televisão ou dormindo ou deitado.

(...)

JORGE – Tem também a parte dos técnicos que estão sempre presentes. Vamos jogar, vamos e tal, vamos brincar de escutar uma música, vamos assistir um filme. É mais essa atenção que eles disponibilizam para gente. Acho que, mais essa atenção que eles dão, pra mim, que eu estou falando no caso, de eles se comunicarem (...). Tem atenção e gera todo um acontecimento em mim, eu acho isso muito legal, toda essa atenção que eles disponibilizam pra mim, eu me sinto bastante feliz.”

Desse conjunto de afirmações, é preciso ressaltar dois pontos. O primeiro refere-se à produção do cuidado mencionada por diversos participantes, com destaque para a dimensão das construção de relações afetivas e de reciprocidade no cotidiano dos serviços. A prática e os projetos terapêuticos se constroem, assim, no cotidiano de encontros entre sujeitos em que o afeto é um elemento importante. O segundo ponto diz respeito à relação dos sujeitos com as instituições. Sobre isso, ressalte-se o contraste feito por um dos participantes, entre uma instituição em que “você só vai ficar tomando remédio e assistindo televisão ou dormindo ou deitado” e que assim opera com uma lógica de entretenimento, e uma instituição em que os trabalhadores investem em presenças atentas e relações de reciprocidade, em que assistir um filme conjuntamente se configura não como entretenimento tal como no sentido proposto por Saraceno (39) – o de entreter e o de conter em uma instituição –, mas como abertura para uma relação.

Ainda em relação ao mencionado pelos participantes, vale notar que “sentir-se bem” e sentir que “você pode ser você mesmo” no serviço também é um importante aspecto para considerar a relação do sujeito com a instituição. Considerando a proposição da perspectiva da reabilitação como cidadania, podemos refletir que esse aspecto remete ao eixo morar e à ideia da diferença entre estar e habitar um espaço. Ora, segundo Saraceno (39) habitar requer uma relação com um serviço, ou um lugar, que perpassa diferentes dimensões, como a afetiva e relacional. Nesse sentido, a construção de relações que partam do reconhecimento e validação do outro, que acolham os afetos e as formas de expressão do outro no mundo é um importante componente para a possibilidade de habitar.

Mas ainda, a ideia de habitar requer uma dimensão fundamental: a transformação da relação do sujeito com o serviço no sentido de ampliação de seu poder contratual no diálogo e

na interpelação com o mesmo e com os trabalhadores do serviço. A ideia do habitar aponta, assim, para o aumento da força de contrato dos sujeitos com os serviços, no sentido de que podem negociar também seu uso.

Sobre isso, um dos participantes destacou que muitas vezes, em sua experiência o CAPSij, poder contar com o serviço não significava necessariamente estar no serviço, mas poder chegar ao serviço e a partir disso, com outras pessoas, agenciar outras ações e atividades são do próprio cotidiano de vida:

“LUIS – Olha, sempre tinha [na época que frequentava com maior frequência o serviço] um apoio para qualquer hora. Na verdade, tinha uma época em que eu e o resto dos adolescentes, a gente vinha todo dia. A Luana, gerente, só faltava pegar uma vassoura e expulsar a gente daqui, porque a gente vinha aqui todo dia! A gente, tipo, chegava umas nove hora da manhã e só saía quando ia fechar.

CLAUDIA – E por que vocês vinham todo dia?

LUIS – Ah, a gente vinha por causa do apoio que tinha, alguns era mais por causa que era um lugar seguro, porque podia ter as suas crises, normal, ninguém ia julgar, não-sei-o-que-lá... né? Outro motivo era porque não tinha outro lugar pra ficar também. Outro era porque aqui tinha comida, tinha lanche essas coisas. Mas acho que o principal fator era que... aquela ajuda a toda hora.

MARIA – O apoio.

(...)

LUIS – Mas, mesmo naquela época, a gente não ficava tão enfiado aqui no CAPS. Tipo, podia ser uma sexta-feira, estava todo mundo e a gente já combinava: Iah, vamos para praça... ou vamos para o [parque do] Ibirapuera... vamos pra algum lugar...’.

MARIA – Isso mesmo que eu ia falar, teve um tempo que era um ponto de encontro de vocês!

LUIS – Isso, um ponto de encontro.

MARIA – Era um ponto de encontro de vocês. Vocês vinham não mais para passar aqueles dias aqui, o dia todo, mas vocês vinham para se encontrar para ir para outros lugares.

LUIS – Isso!”

Ainda, a questão dos serviços se constituírem como espaços de encontros e de constituição de redes de relação foi, justamente, uma questão abordada nessa temática do cotidiano e das práticas dos CAPSij. Como destacado por diversos participantes, o CAPSij constituiu-se como um lugar para conhecer pessoas e fazer amigos:

“LUIS – A maioria das pessoas que eu conheci [no CAPS] eu falo até hoje (...). São amigos, grandes amigos.”

“PATRICIA – Aqui a gente cria vínculos.

MARGARIDA – É isso... é um lugar que cria muitos vínculos.

(...)

PATRICIA – [É um lugar de] fazer amigos... todo mundo gosta. Porque, assim, às vezes, o adolescente vem aqui pensando que os problemas dele já são grandes e aí vê outras pessoas que tem problemas maiores que os dele. Então, começa a trocar experiências. Aí, você vê que você não tá sozinho.”

Na perspectiva da reabilitação como cidadania, essas questões – de fazer amigos, de construir relações, de trocar experiências – remete ao eixo denominado de trocar identidades. Tal como os participantes destacaram, uma importante possibilidade proporcionada pelo CAPSij é a construção e ampliação de redes sociais. Ter amigos é uma dimensão essencial da vida e isso precisa ser reconhecido e considerado com o devido cuidado pelos serviços de saúde mental infantojuvenis. Nesse sentido, a dimensão das redes sociais é um aspecto que precisa ser considerada dentro de um tema para avaliação e melhoria da qualidade dos direitos em serviços de saúde mental.

Ainda sobre aquilo que é parte do cotidiano de um CAPSij e considerado como uma questão importante para os participantes, está a circulação por outros lugares para além do serviço. Curioso notar que em todos os grupos foi mencionado como algo significativo do cotidiano dos CAPSij os, assim denominados, “passeios”:

“PATRICIA – É. O passeio é gostoso, não ficar só dentro do CAPS. Eu gosto. É bom também quando o CAPS monta um evento pra todo mundo vir, todo mundo socializar junto, super legal.”

“CLAUDIA – Que coisas seriam essas que você gostaria de ver?

VINICIUS – Ter mais passeios, né? Que nunca tem, que é difícil!”

MARISA – Quem está na Vila Mariana, por exemplo, tem mais possibilidades de se movimentar, é muito mais acessível. Já a gente que tá aqui no fundão, pra chegar em qualquer parque um pouco mais distante, já é uma hora e meia, duas, três, dependendo do trânsito, do dia da semana e do horário, né? Então, assim, a gente se desdobra mesmo, isso com certeza, porque a gente também acredita nisso. A gente defende a Reforma Psiquiátrica, que vem nessa lógica mesmo, de que o tratamento e o cuidado devem ser extramuros. O que a gente fez bastante esse ano foram passeios mais no território. No ano passado, a gente ainda conseguiu levar alguns

adolescentes para o Planetário, lá no Ibirapuera, mas foi uma coisa bem pontual e foi bem louco também, porque foram três trabalhadores com 20 adolescentes. No ônibus, transporte público, voltando em horário de pico... Quem que foi no Planetário, gente? Vocês foram?

MARIO e SOPHIA – Nós fomos!

MARISA – Foi louco esse dia, não foi?

[risos]

MARIO – Foi bem longe, e voltou em um ônibus lotado também;

ANTONIO – Lotado e trânsito.

MARIO – Foi legal!”

“SOPHIA – [Do CAPSi] eu gosto dos passeios, das atividades... Já fui no Fórum de saúde mental infantojuvenil, já fui no evento lá no Anhembi.

CLAUDIA – E qual o evento do Anhembi?

ELZA – Foi um evento de todos os CAPSi [I Encontro Municipal de CAPSi]

MARISA – Foi uma delícia esse dia!

SOHPA – Ali foi a primeira vez que nós [nos] apresentamos. E eu cantei “Garoto do Texas” e “A casa do cocar” (...). Eu estava nervosa e eu não conseguia dizer muito bem as palavras (...). E aí, eu fui com o tempo melhorando.

MARISA – Depois disso só que você teve uma banda?

SOPHIA – Isso. Favelados Com Orgulho [nome da banda].”

Em um serviço de base territorial, considerando sua lógica, as práticas estão vinculadas ao cotidiano dos sujeitos, estão relacionadas às dinâmicas territoriais, envolvem os jogos e atores sociais, e se desenvolvem nos diversos espaços e instituições, muito comumente, que pertencem a área de abrangência dos serviços. Tornam-se ações e práticas cotidianas ir até a padaria junto com os sujeitos da atenção, pegar um ônibus, acompanhar o sujeito no percurso de sua casa, escolher junto as compras e fazer compras no mercado, acompanhar o sujeito algum outro serviço, apenas para dar alguns exemplos. Nesse contexto, os chamados passeios acabam sendo um evento à parte, um momento do serviço que é recordado e desejado. Valioso notar, também, os desdobramentos desses eventos, como quando a participante menciona que depois da participação no evento ela criou uma banda.

No âmbito da construção de práticas transformadoras, os participantes de dois grupos focais distintos mencionaram uma experiência que vivenciaram denominada de AcampaDentro. O AcampaDentro, já mencionado na descrição do campo de estudo, constitui-se como uma inovadora prática inventada por um dos serviços e consiste em proporcionar um

dia de acampamento no CAPSiJ. A nosso ver, apesar de aparentemente simples, trata-se de uma ação inovadora e complexa por diferentes aspectos, dentre os quais destacamos alguns. Primeiramente, está relacionada com o que é próprio do universo das crianças e adolescentes: acampar, passar uma noite acordado, estar juntos. Ainda, essa experiência configura-se como um processo de construção coletiva com a participação ativa e protagonista dos usuários dos serviços que definem como será o encontro do AcampaDentro e o que farão nesse encontro. Terceiro, e talvez um dos pontos mais interessantes, essa experiência faz um uso estratégico da possibilidade de o serviço receber crianças e adolescentes no período noturno, de modo que a ideia de passar uma noite no serviço é ressignificada, em particular nos serviços que tem funcionamento 24 horas, pois isso, o acolhimento no período noturno, passa a ter o sentido de ser um recurso do processo dos sujeitos e do cotidiano dos serviços; isso significa afirmar que assim se pode se instaurar uma cultura no serviço e no território de que o acolhimento noturno é um recurso de um processo terapêutico e do serviço e não está necessariamente relacionado, por exemplo, com uma situação de crise vivida pelos usuários – que é a lógica de tantos serviços 24 horas.

Feita essa sucinta explicação, os diálogos dos dois grupos focais:

“MARGARIDA – A questão do AcampaDentro que a gente fez. Acho que é uma experiência inovadora.

LUIS - Realmente, é um evento diferente.

CLAUDIA – O que é o AcampaDentro, Luis?

LUIS – É [um evento] que reuniu um montão de gente aqui pra dormir no CAPS.

CARLOS – Mas... outras pessoas, Luis, nem dorme, né?

MARGARIDA – Dormir é o que menos faz.

CARLOS – Umas pessoa dormem, outras nem dormem!”

“MARIO –Eu cantei duas músicas no AcampaDentro.

CLAUDIA – Como é que foi?

MARIO – Eu gostei. Meio que tinha meio que... tinha aquelas luzes... aquelas luzes negras, mas eu preferi mesmo aquela luz clara mesmo, que eu não estava conseguindo enxergar. Mesmo usando óculos escuros, eu não estava conseguindo enxergar e também precisava passar o som.

[risos]

MARISA – Ah, então estava todo inflado como artista nesse dia!

[risos]

MARIO – Hahaha! É, precisava passar o som também. Cantei onze e pouco da noite, mas eu fiquei acordado a noite inteira. Aí, eu gostei mesmo foi das conversas que tive com alguns amigos. Gostei de algumas conversas.

CLAUDIA – Você fez amigos aqui?

MARIO – Se eu fiz amigos aqui? No AcampaDentro eu já conhecia a maioria, né? Eu fiz amigos aqui mesmo [no CAPSi].

CLAUDIA – E você, Sophia, cantou no AcampaDentro?

SOPHIA – Sim. Eu fui cantar. Eu cantei “Garoto do Texas”, que eu já sei de cor, mas eu estreei uma música minha que eu fiz para um amigo que morreu. Na verdade, já tinha cantado no sarau de manhã... e de tarde. Então, eu apresentei duas vez naquele dia.”

Mais uma vez o eixo de trocar identidades, da perspectiva da reabilitação como cidadania, pode ser identificado na discussão dos grupos focais. Note-se que não se trata de uma técnica ou algo assim, mas de uma estratégia que engloba simultaneamente diferentes aspectos. Aqui se destaca essa possibilidade de fortalecimento das redes sociais e da experimentação de modos de ser e existir.

Vale também mencionar que a experiência de estar no período noturno no serviço, mas dessa vez em acolhimento noturno, foi ponto de discussão em outro grupo focal. Nesse, os participantes que já estiveram em acolhimento noturno destacaram a relevância de serviços 24h e a singularidade do CAPS:

“LUIS – É que todos os CAPS poderiam tentar ser 24h.

CLAUDIA – Por quê?

LUIS – Tem muitas coisas que acontecem no final de semana ou em horas que tá fechado, que a pessoa, tipo, precisa de ajuda e acaba recorrendo para o Pronto Socorro, que nem já aconteceu comigo. (...) Se tivesse 24 horas, daí, era uma grande ajuda.

CLAUDIA – O que teria de diferente do que você viu no Pronto Socorro?

LUIS – Eu acho que o atendimento. É que eu demorei muito pra ser atendido mesmo lá, tendo quase um piripaque no Pronto Socorro....é....o amparo também.

MARGARIDA – Ah, você já ficou num CAPS 24 horas, o que que tem mais de diferente?

LUIS – A diferença era do constante cuidado que tinha. É porque tem meio que... tem 24 horas. Qualquer hora que você for lá, tipo, de pedir uma ajuda, tem tá lá, né.

PATRICIA – É que o CAPS 24 horas, na verdade, são plantões, entendeu? Então troca um plantão, já vai ter outro acordado, então você vai ter aquele acolhimento à hora que você precisar. Quando você precisar de alguma coisa, você vai ter alguém ali pra te ajudar...

(...)

LUIS – É o serviço [CAPS] mesmo [que é diferente]. Porque mesmo, tipo, não conhecendo ninguém lá do 24 horas do outro CAPSij, quando eu fiquei lá, fui bem tratado, sentia tipo bem.”

Uma última questão importante de ser notada refere-se ao fato de que participantes que são trabalhadores do serviço afirmaram que para eles a experiência de trabalho é transformadora, indicando que em um cotidiano de trocas, de aproximação de outros modos de expressão e de subjetividade singulares, de outras formas de comunicação, e de invenção de novas formas de relação constitui-se um processo em que todos se transformam:

“CAETANO – Gosto de poder falar com eles assim de uma forma aberta e eles poderem falar com a gente de forma aberta assim. Não sabendo de nada, você poder ficar à vontade pra dizer... Essas coisas produzem... produzem muitos efeitos. Bons efeitos, pra nós também.”

“MARIA – Acho que o que o CAPS proporcionou a gente resgatar um pouco da nossa infância mesmo, sim, das brincadeiras. E você poder se misturar com as crianças um pouco, mesmo tendo que avaliar, tendo que cuidar. Acho que é isso, é bonito e interessante.”

“MARIA – É um espaço que nos ajuda a aprender mais sobre outras coisas.

MARGARIDA – Aqui, eu estou aprendendo muito sobre a questão do racismo. Eu nunca passei por um local [serviço] que falasse umas coisas... abertamente, que trouxesse pra gente o quanto a gente também é racista e não sabe.... Acho que é muito importante isso. Inclui conversar.”

Há, assim, uma dimensão das trocas em um coletivo na construção de um comum que é característico desse serviço, o que é possível pela construção de outras formas de relação que coloca em jogo a própria discussão sobre o poder. Os sentidos dessas trocas pode ser compreendido pela fala de três participantes, um trabalhador, um usuário e um familiar:

“FRANCISCA – O CAPSij é a possibilidade de todo mundo ter poder.”

“PATRICIA –Aqui é um lugar que todo mundo é unido em si. Você vê os funcionários unidos e você vê os funcionários se unirem em prol dos usuários, as com famílias, com as crianças. É uma união... coletiva. É, porque você vê família ajudando, CAPS ajudando, aí, nisso você consegue ver um trabalho legal, quando todo mundo se ajuda.”

“ANTONIO – Aqui a pessoa não tem um protocolo de tratamento, aqui ninguém tem um número, aqui as pessoas não são números, são pessoas. Cada uma com as suas especificidades, mas são pessoas com os mesmos direitos. Comuns e direitos iguais. Se fechasse os hospital psiquiátrico, pegava e mandava as verba pro CAPS, eu assinava embaixo, entendeu?”

[risos]

FRANCISCA – A gente fala que devia de acabar com todos [hospitais psiquiátricos], devia acabar mesmo!”

4.3.2 O direito à participação no processo de cuidado e nas práticas do serviço: o exercício do protagonismo;

O tema que remete à participação do sujeito na relação com seu processo e com o serviço foi identificado na análise como uma discussão, e também dinâmica presente nos três grupos focais. Destaca-se as menções diretas a isso não são numerosas, mas na leitura dos diálogos é possível identificar momentos em que esta é uma questão presente.

Dois participantes expressamente afirmam que garantir o exercício do protagonismo das crianças e adolescentes usuárias do serviço em suas vidas é um dos horizontes dos CAPSijs:

“MARGARIDA – Tem muitos projetos que são fora, que são no território, o que é muito importante. Tem muito a intenção de gerar muita autonomia, de muito protagonismo nos adolescentes.”

“ANA – Em todo mundo que tá aqui, promover a capacidade de poder ter a sua autonomia, poder circular, poder ser protagonista da própria vida.”

Alguns dos relatos já mencionados no tema anterior também remetem a essa discussão como por exemplo a estratégia do AcampaDentro. Para além desses, destaca-se relato de uma festa realizada em que sua construção foi decidida em assembleia:

“PATRICIA – A confraternização de natal foi super-mega-ultralegal. [Teve] bingo, teve de tudo um pouco, de tudo um pouco. Foi muito bom.

LUIS – Muita comida!

MARIA – Teve apresentação de dança.

MARIA – Apresentação com família. Teve música, o pessoal dançou, descobrimos uma enfermeira dançarina...

IVONE – ...é, foi muito legal!

[risos]

IVONE – Acho que teve... o encontro, né?

CAROLINA – Acho que foi um compartilhamento legal, todos os pais puderam estar e colaborar e teve entrosamento.

IVONE – Foram as famílias que ajudaram... foi muito legal...

CAROLINA – ...os funcionários também.

IVONE – Foi uma festa em que tudo foi decidido em assembleia, construído junto em assembleia.”

A assembleia é uma estratégia importante realizada em vários serviços de saúde mental com o propósito de garantir um espaço de diálogo e debate entre os usuários do serviço, os familiares e os trabalhadores. Destaca-se que não se trata apenas de uma roda de conversa, mas de um espaço que se pretende aberto e democrático em que, com e entre todos, podem ser dialogados as contradições e conflitos vividos no serviço, podem ser debatidas e construídas leituras de situações, em que papéis cristalizados podem ganhar novas formas e contornos, e novas projetualidades podem ser constituídas coletivamente. Trata-se, também, de um espaço que coloca em destaque a importância e necessidade de reconhecer os saberes e os recursos dos usuários e de seus familiares, intercambiando papéis de tal modo que eles também podem ser reconhecidos em sua potência de cuidar dos outros. Ainda, a assembleia, enquanto um espaço democrático, cria situações concretas de redistribuição do poder nas relações entre usuários do serviço, familiares e trabalhadores. Enfim, coloca para todos e para o serviço a possibilidade e necessidade de todos participarem da construção desse serviço, abrindo espaço para o exercício do protagonismo.

Dessa forma, construir estratégias concretas para garantir que todos tenham voz é importante para assegurar o direito à participação. Mas, para além disso, esse direito precisa poder ser exercido não apenas em espaços formais, mas no cotidiano dos serviços e das relações. Aquilo que a assembleia significa e exprime enquanto possibilidades de transformação precisa reverberar e acontecer cotidianamente. Não apenas em um espaço delimitado, mas em todos espaços e tempos é preciso criar condições concretas para que as pessoas possam se exprimir e participar de decisões.

Em relação às menções diretas ao tema, uma participante de um dos grupos assinala que, do seu ponto de vista, o CAPSi busca assegurar a participação dos usuários do serviço nos seus próprios processos de cuidado. A participante conclui afirmando que esse processo não se constitui sem conflitos e contradições:

“ARACY – Uma coisa que eu também acho boa no CAPS é a participação ativa do usuário no processo dele de cuidado. E eu acho que exatamente por isso, por a gente trabalhar essa lógica, é que a gente acaba esbarrando nesses lugares, até nas nossas dificuldades nesses outros lugares da rede, (...) das normas da instituição que estão acima da opinião e da vontade dos usuários. Daí, aqui, a gente vai priorizando muito isso, né, e aí, entra em conflito.”

Em outro momento, essa ideia é retomada frente a uma pergunta feita por um dos participantes:

“JORGE – Quando vocês falam de projeto de cuidado singular, vocês estão se referindo a exatamente o quê?”

ARACY – É considerar a sua opinião. Você sabe, tem lugares em que você vai e a sua opinião não é considerada. Aqui, a gente não te chama pra você ir para os atendimentos, não questiona o que você acha sobre...

ANA – ...tudo construído junto.

ARACY – É quando a gente propõe assim, ó, sobre grupo: ‘ah, a gente pensou em um tal... tal grupo pra você, o que que você acha?’ Se você falar: ‘não, não tem nada a ver’, a gente não vai dizer: ‘você vai participar, sim!’, porque a sua opinião é considerada, entendeu?”

Trata-se, enfim, de garantir que os usuários e familiares tenham voz, e que essa voz seja escutada. Sobre isso, em um grupo focal, um dos participantes, familiar de um usuário do CAPSiJ, fala sobre sua relação com o CAPSiJ:

“ANTONIO – Eu venho aqui como se fosse a minha família mesmo, vocês fazem mesmo parte da minha família. Minha família. [Aqui] tenho ajuda. Tenho voz.”

Uma outra dimensão do direito à participação diz respeito às possibilidades de os usuários do serviço participarem das escolhas realizadas não apenas em relação aos seus projetos terapêuticos, mas a terem parte nas decisões do próprio cotidiano do serviço. Acerca disso, destaca-se um importante diálogo em um dos grupos focais em que os participantes, usuários do serviço, argumentavam a favor do direito de escolha:

“VINICIUS - A gente um dia foi no cinema lá na Paulista, foi legal, foi da hora. Mas também é legal não ficar só assistindo esses filmes infantis.

[risos]

CLAUDIA – E que você gostaria de ver?

VINICIUS – *Filme mais moderno, da nossa época, não só esses de criança. Mais coisas da nossa época. Você vai ‘mó’ interessado, sabe, em assistir um filme ‘mó’ da hora. Aí você vai ver eles põem Toy Story, Peppa Pig...*

[risos]

JORGE – *Ah, você não escolhe os filmes que você quer ver, você quer ter o direito de escolher o filme. Entendi!*

ANA – *É a gente tem uma dificuldade que é que nesse espaço de convivência têm dias que tem crianças de 7 à 17 anos. E vai procurar um filme... Tem coisas que não dá pra passar para faixa etária diferente.*

VINICIUS – *Mas se um dia que não tem criança aqui, a gente quiser assistir um filme de terror, pode? Deveria ter uma TV só para crianças e um só para adolescentes.”*

Por fim, esse diálogo segue e é concluído da seguinte maneira:

“ARACY - Porque [um fala] ‘ah, eu quero assistir um filme de terror’. Mas aí, tem outro que fala ‘ah, eu quero assistir galinha pintadinha’, e ‘ah, eu quero assistir comédia’. E aí, como é que a gente faz, né?

JORGE – A gente, não, vocês poderiam estar pensando, sei lá, é difícil... [A gente] poderia estar conversando, por exemplo, ‘ah, hoje vamos fazer uma votação’.

ARACY – Humhum!

JORGE – Aí, a gente seleciona vários, vários temas de filmes como um e escolhe, o tema que vai ser do filme de hoje. Outra vez a gente passa os temas que não foram escolhidos. Seria uma boa didática, assistindo filmes assim.”

4.3.3 O direito ao pertencimento à múltiplos espaços: a dimensão da intersetorialidade nas práticas dos CAPSi;

A questão das práticas intersetoriais foi expressamente mencionada em dois dos três grupos focais. No geral, foi afirmada a indispensabilidade e a importância da articulação com diferentes setores para a construção de práticas, de fato, conectadas ao cotidiano e aos territórios de vida dos sujeitos. Ainda, dois participantes destacaram que do ponto de vista deles é, também, pela possibilidade de construção de um trabalho que possibilite o sujeito circular entre diferentes redes do território que torna um serviço de base territorial distinto de uma instituição de características asilares:

“GUILHERME – [o que faz o CAPS ser bom] é ser o contrário de uma instituição total.

CLAUDIA – Por quê?

GUILHERME – Porque senão a gente tá voltando lá para uma prática manicomial. Tipo assim, a gente foi conversando de o CAPS ter uma academia, de o CAPS ter uma escola especializada nos transtornos mentais e tal... o CAPS faz exame de sangue aqui, faz a academia aqui, aí, faz a psicoterapia aqui, almoça aqui, janta aqui, ou seja, faz tudo aqui. Se o CAPS não conseguir fazer o trabalho com o usuário de circular nessa rede, no mundo, e tal... isso seria... o CAPS não ser bom. Eu penso dessa maneira.”

“SIMONE – Quando a gente tinha os manicômios, os hospitais psiquiátricos, os usuários ficavam dentro o tempo todo sem poder circular. Eu acho que quando vem a Reforma Psiquiátrica, que é justamente [pelo que] a gente luta, para que os usuários consigam circular entre os espaços, garantindo os direitos deles, estar em circulação, estar em sociedade. A gente precisa promover espaços fora do CAPS.”

Nessa perspectiva, participantes dos dois grupos afirmaram que a construção de um trabalho entre diferentes setores – cultura, educação, assistência social, esporte e etc. – é uma das grandes potências do trabalho no CAPSi, em um trabalho que se realiza para além do CAPSi:

“SIMONE – Eu acho que isso é muito potente, o nosso trabalho em rede, as nossas articulações com serviços da cultura, lazer, com a assistência, a educação. Como que a gente, enquanto trabalhadores e usuários, consegue ir trabalhando e dialogando com esses outros serviços para promover a inclusão dessas pessoas, nesses outros espaços. É para que eles circulem mesmo, porque senão, vai ficando uma coisa fechada.... ‘encapsulados’.”

“MARISA – O que faz mais sentido é o trabalho em rede, que a gente precisa ter enquanto CAPSi sim. Que é esse diálogo constante com UBS [Unidade Básica de Saúde], a atenção básica, a escola. A gente tenta fazer uma articulação territorial com os equipamentos de cultura, também, de arte e cultura. A gente procura ter várias coisas fora acontecendo, tentar articular dentro das possibilidades, ocupar uma piscina do CÉU [Centro Educacional Unificado] num sábado, num dia de semana à tarde, levar a molecada pra conhecer um espaço que trabalha com questões ambientais e culturais no território num sábado à noite. Então, a gente vai possibilitando outras formas de encontro, de estar junto, que não seja aqui dentro.”

Ora, os participantes assinalam como sendo de valor a construção de possibilidades de circulação e de pertencimento para os usuários do serviço a redes mais amplas, com pontos de conexão em diferentes setores. Aqui, está expressa a ideia e a necessidade das práticas intersetoriais:

“FRANCISCA – A questão, então, da intersetorialidade. Eu acho que é uma questão que a gente devia discutir para que as pessoas tenham possibilidade de ter lazer, de ter condição de ter uma educação, de realização de projetos de vida que sejam externos. Então, um CAPS bom é um CAPS que se articula e que trabalha muito mais discutindo e articulando, favorecendo que as pessoas tenham uma entrada no mundo, do que fazendo ações internas.

ELZA – A gente, enquanto CAPS infantojuvenil lida aí com as crianças e com os adolescentes que, de certa maneira, ficam à margem do dia a dia de onde que eles têm que circular. Porque a criança e o adolescente têm que estar na escola, têm que estar circulando pelo território etc. (...). A gente entende isso e vai lá e garante que o moleque, que a criança esteja em lugares em que ela tem que estar: no lazer, na cultura, na escola...”

Por fim, vale reproduzir aqui um longo, mas importante diálogo que aconteceu em um dos grupos focais que diz respeito à dimensão da intersetorialidade, mas não apenas. Em síntese, os participantes concordam com a importância das práticas intersetoriais. No entanto, a partir da fala de um deles, inicia-se um diálogo sobre as dificuldades e barreiras encontradas para a realização efetiva dessas prática. A partir de então, diferentes participantes refletem sobre os motivos disso:

“JORGE – É, eu acho que o seguinte, em tese, isso [trabalho intersetorial] funciona bastante, mas só que em prática, eu acho que não rola...”

CAETANO – ...eu acho que rola nos grupos de saída.

JORGE – Sim, mas não é a questão dos grupos de saída, é a questão dos jovens saírem do território, sair de dentro do prédio e ir pra outros lugares. O que eu estou querendo dizer é que, em tese, isso funciona bastante, mas na questão da escola, por exemplo, tem um dos jovens que queria voltar a estudar, (...) só que não rolou essa inclusão da escola fora do CAPS.

ARACY – Então, mas eu acho que esse é o grande desafio nosso, porque a gente precisa da rede. Aqui a gente trabalha num CAPS, mas acho que para pensar as ações, a gente precisa dialogar com a assistência, dialogar com a educação, com o conselho tutelar. E às vezes, a gente aqui esbarra nisso. Então, muitas vezes, acontecem coisas, Jorge, que são situações que a gente não gostaria que estivessem acontecendo, de o usuário não ter onde dormir, enfim... a gente também fica...

ANA – ...a gente fica angustiado!

CAETANO – Fica angustiado!

ARACY – Fica angustiado, fica chateado com isso, mas aqui, a gente tem um certo limite. Nós somos da saúde, infelizmente...

ANA – ...não dá pra abranger tudo, né?

ARACY – Então, eu acho que é uma questão a se pensar. E é dessa coisa da comunicação com a rede como um todo. Eu não sei se é uma falha nossa, mas eu...

ANA – ...é intersetorial!

ARACY – ...mas é uma coisa que acaba... acaba... afetando o usuário, né? E eu acho isso ruim, muito ruim.

TERSA – Quando a gente vai entrando em contato, acessa a rede de outros lugares, a gente vai esperando a continuidade de um cuidado que a gente planejou aqui dentro. E de repente, não é isso. A gente esbarra em muitas dificuldades, em especial com o jurídico. Acho que com a assistência a gente consegue ter um outro diálogo, a gente consegue ter reuniões mensais, a gente consegue se falar constantemente, mesmo que a gente às vezes, não fale a mesma língua, mas a gente tenta, vai tentando ali... é, [expiração] vai fortemente tentando, mas eu acho que há outros equipamentos [que] são... mais fechados para isso.”

Esse diálogo realizado nesse grupo merece atenção, posto que as práticas intersetoriais foram apontadas por todos os grupos focais como um tema importante dos CAPSij mas, aqui, são afirmadas as dificuldades de se efetivar tais práticas. Ora, é preciso se questionar, então, porque haveria tal dificuldade. Para tanto, é válido recorrer a um construto de Basaglia (44), o circuito do controle.

O circuito do controle constituiu-se em uma rede de interdependências entre instituições diversas – da saúde, da assistência social, da justiça – de modo a garantir que aqueles que são considerados desviantes das normas sociais possam ser custodiados. Para o autor, dentre os desviantes das normas sociais estão as pessoas com experiência de sofrimento psíquico; ora, historicamente a função social do hospital psiquiátrico é a de, respondendo a uma demanda resultado de um jogo social, realizar a custódia desses desviantes para garantir a ordem pública, mas não é a única instituição que o faz. O que a ideia do circuito do controle coloca é que há uma relação intrainstitucional sustentada por aparatos jurídicos, econômicos, culturais, administrativos e outros, que demandam e criam condições de possibilidade para a internação e institucionalização em um hospital psiquiátrico. A ênfase aqui é colocada no hospital psiquiátrico porque, segundo Basaglia (44, p. 246) essa instituição produz “uma série de círculos concêntricos de contágio, correspondentes a outros tantos aparatos institucionais”, no sentido de que sua existência transmite para o tecido social a possibilidade de segregação e custódia de pessoas ditas desviantes das normas sociais. Mas, o circuito de controle pode se constituir entre outras instituições, porque o que é mais relevante neste é a ideia de segregação e custódia de desviantes sociais.

Retomando o diálogo do grupo focal, disparado pela indignação de um dos participantes em relação à dificuldade um adolescente ir para a escola, o que os trabalhadores apontam é a dificuldade de sustentar na relação com outros setores possibilidades concretas para que os usuários do serviço tenham educação, moradia, lazer, dentre outros direitos. Os participantes levantam inclusive a possibilidade de isso ser uma “falha intersetorial”. Contudo, em uma lógica do circuito do controle, aquilo que aparece como “falha do serviço”, “falha da rede” ou – como muitas vezes é dito por trabalhadores – “a rede não funciona”, é justamente o circuito do controle funcionando.

Dáí que é preciso transformar não apenas um serviço, mas uma lógica de relação entre serviços e setores, o que coloca a complexidade e necessidade de um trabalho intersetorial. E, ainda, construir um trabalho que para além de uma lógica de articulação e construção de cooperação entre instituições, sejam multiplicados os próprios recursos em um território.

4.3.4 O direito à presença dos familiares e responsáveis: os familiares como participantes no cuidado e como sujeitos da atenção nos CAPSij;

Um tema presente nos três grupos focais diz respeito à importância da presença e do desenvolvimento de uma prática junto às famílias e responsáveis pelos cuidados dos usuários dos serviços, considerando tanto a participação dos familiares e responsáveis nos cuidados das crianças e adolescentes, quanto as possibilidades de cuidado pelo serviço desses familiares.

Em relação à importância da presença, em um dos grupos um dos adolescentes assinala que:

“MARIO – O importante é que você precisa ter o apoio da família. Minha mãe fez isso muito bem. Ela que me que me recomendou muito pra vir aqui. Na verdade foi a médica dela (...). Ela pediu ajuda e esteve comigo a todo momento.”

Já da perspectiva do familiar, em outro grupo o pai de uma criança usuária do serviço sintetiza que:

“ANTONIO – Como o Oscar gosta muito desse negócio de praia, água, cachoeira, assim, por ele, então, a gente está mais voltado pra isso. A gente vive mais em prol dele, né?”

Considerando a população de crianças e adolescentes, a família – entendida aqui de modo ampliado – tende a ser uma rede social importante desses sujeitos. Na perspectiva da reabilitação como cidadania, o eixo denominado de trocar identidades remete ao significativo lugar que a família de um sujeito ocupa em sua rede social. Ora, tendo isso em vista, é preciso considerar o lugar e a importância da família ou dos responsáveis pelos cuidados de uma criança ou adolescente para a produção do cuidado.

Mas, ainda, vale notar que considerando os serviços de saúde mental infantojuvenis, as famílias ou responsáveis pelo cuidado assumem não apenas esse lugar junto ao serviço, mas também o lugar de serem cuidadas por este. Nessa linha, interessante notar que todos os serviços mencionaram que realizam grupos de família e que esses grupos tem um lugar de importância na prática realizada:

“MARIA – É importante dizer que aqui no começo só tinha um grupo de família. E a gente via o quanto era potente, o quanto as crianças desse grupo de família se desenvolviam, tinham um maior desenvolvimento (...). São famílias que conseguem falar de como elas estão cansadas. O quanto elas não conseguem, às vezes, sozinhas, cuidar das crianças e dos adolescentes. E que elas buscam um ponto de apoio em outros lugares.”

“MARIA – Os grupos de família são...

MARGARIDA – ...são muito importantes.

MARIA – São muito potentes.

MARGARIDA – São potentes, são geradoras de novas ideias.”

“ANTONIO – A gente gosta do grupo de pais, gostava muito. Tinha uma terça-feira de cada mês, a gente ia ali na sala para assistir um filme e discutir aquele filme.”

“ARACY – Tem também o grupo de família. O trabalho com criança e adolescente é um trabalho muito diferente do adulto. Porque tem a família aqui com os usuários, tem o grupo de família e tal...

GUILHERME – ...atendimento individual e em grupo.”

Para além dos grupos de famílias, os participantes indicaram que há um trabalho cotidiano realizado junto com os familiares, sendo significativa a fala de um dos participantes que é familiar, que aponta uma prática do serviço de validação social dos familiares:

“ANTONIO – É aqui dá um bom suporte pros pais. Um bom suporte porque a gente vem - estou falando só por mim mas eu acredito que é [para] a

maioria das pessoas vem pra cá - e aqui dá esse suporte. Assim, a gente ganha tanto em experiência com os outros pais que nem com os profissionais (...). E sem contar a questão da valorização, né? Você se sente valorizado.

(...)

ANTONIO – Quando eu cheguei aqui eu me apresentei só como pai do Oscar. Esse ano, eu sou Antonio, e sobrenome: pai do Oscar. Agora eu me apresento pelo meu nome e depois, como pai do Oscar. A prioridade é sempre o meu filho. Mas meu nome é Antonio. Sobrenome: da Correa de Almeida.”

“MARGARIDA – Acho que o CAPS é um lugar muito potente, acho que promove saúde mesmo (...). Eu também faço grupo de família e eu acho que é um gerador de novas possibilidades, de novos encontros, de novas formas de a gente dialogar com as famílias.”

Por fim, em um dos grupos focais foi afirmado expressamente que a construção e desenvolvimento de práticas no serviço junto aos familiares é uma característica central dos CAPSijs:

“IVONE – O que é específico num CAPS infantil e adolescente é que você não cuida só do sujeito, você cuida da família por extensão.

MARIA – Uhum!

IVONE – Em um dos CAPS adulto e CAPS álcool e drogas...

MARGARIDA – ...não é obrigatoriamente...

IVONE – ...não é obrigatoriamente que você está com a família. Aqui, não, você precisa fazer rede com a família, rede com a educação, né?

MARIA – Os outros CAPS também.

IVONE – É, mas com a educação e com a família, não tem jeito, para CAPSijs é obrigatório.

MARGARIDA – Ah, é!”

4.3.5 O direito à escolarização e a um percurso formativo: a escola como cenário de vida;

O direito de frequentar a escola foi mencionado também pelos participantes dos três grupos focais em diferentes diálogos, sendo que alguns já foram apresentados anteriormente no contexto de outros temas, como quando um dos participantes assinalou em meio a uma fala que “a criança e o adolescente têm que estar na escola”.

Outros participantes assinalaram isso, que na prática dos CAPSiJ é preciso necessariamente considerar a articulação com o setor da educação:

“IVONE – Então, não tem jeito de se pensar em um PTS [Projeto Terapêutico Singular] de uma criança sem pensar como é que ela está na escola, sem discutir com a escola. Então, praticamente, todos os dias, aliás, quase todos os dias...”

MARGARIDA – ...a gente fala com a escola...

IVONE – ...a gente fala da escola na nossa reunião de equipe pra discutir caso.”

“ARACY – Tem uma série de coisas que a gente não pode desconsiderar, por exemplo, estar na escola. Acho que é pra gente garantir esse direito mesmo.”

Pode-se afirmar que a escola é um dos grandes cenários de vida das crianças e dos adolescentes. Sendo assim, em uma perspectiva de direitos e de reabilitação como cidadania, torna-se patente a necessidade de defesa do direito das crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental estarem nas escolas.

A escola é um dos cenários de vida principais na infância e adolescência, sendo um espaço central para as trocas e intercâmbios sociais e também, nesse sentido, para os sujeitos produzirem e trocarem afetos e valores – o que remete aos dos eixos da perspectiva de reabilitação como cidadania proposta por Saraceno (39,47).

Ora, tomando essa perspectiva como quadro de referência, vale refletir sobre o sentido que tem a educação. À propósito disso, um dos grupos fez uma discussão em dois após o questionamento de um dos participantes sobre se não seria o caso de haver “escolas especializadas”:

“JORGE – Será que tem que ter uma escola especializada pra pessoas, vamos dizer... sei lá, com tendências suicidas, pessoas que sofram de esquizofrenia...que sofram de outros males. Ou ela tem que ser inclusa na rede de ensino de pessoas, entre aspas, sugeridas ‘normais’ pelo sistema, por quem avalia, pelas outras pessoas, entendeu?”

ARACY – Que que você acha, Jorge?

JORGE – Então...(...). Eu fico entre as duas. Tem suas variantes, são linhas bem próximas e bem distantes assim.

ANA – Acho que a luta dos profissionais de saúde mental é que nossos meninos que frequentam o CAPS não entrem nessa escola ‘especial’. Porque isso é separar, né? A gente tenta buscar essa história do mundo ideal que

você falou, que é a pessoa poder estar junto com a outra, poder aprender a mesma coisa, poder conviver da mesma maneira...

TEREZA – ...sim...

ANA – ...poder haver respeito.”

“TEREZA – Na coisa da escola regular ou escola especial, é como uma justificativa para quem foge dos padrões.

ANA – Que eles colocam como um padrão, né? Porque assim, na verdade, qual o padrão? É uma pergunta que a gente sempre se faz, todo mundo faz. Algumas instituições têm uma linha, o que vai abaixo dessa linha, o que vai acima dessa linha, o que não se encaixa é um motivo para uma implicância ou um movimento de expulsão.

GUILHERME – É, a própria sociedade civil já tá falando de um padrão, né, não é a galera técnica.”

Essa é uma discussão importante porque indica os sentidos que a escola pode ter para a sociedade e ressalta o que sustenta esses sentidos distintos, que é a existência de normas sociais que delimitam um certo ponto de corte entre aqueles que estão dentro das normas e os que estão fora das normas. Tais normas são construídas em um jogo social e, tal como compreendido na perspectiva da desinstitucionalização, historicamente as pessoas com experiência de sofrimento psíquico não participam da construção das mesmas porque não tem poder de contrato suficiente na relação com as forças produtoras, constituída por uma classe dominante com poder social, econômico e político (44). Ora, para a transformação desse cenário precisa haver a redistribuição de poder nas relações sociais, de modo a ampliar a força de contrato das pessoas que tem essa força diminuída no jogo social; além disso, é preciso transformar os valores construídos e assentados em um tecido social acerca dessas pessoas (44,45,48). Daí a relevância da educação inclusiva, com a inserção e participação de crianças e adolescentes com desabilidade no sistema educacional regular, tal como participam todas crianças e adolescentes.

Assim, é preciso construir nos “mercados de negociação” já existentes – que nesse caso são as escolas – possibilidades de alargamento da própria norma social, criando aberturas em seu sistema para que as diferentes formas de expressão no mundo possam conviver. Ou, dito de outro modo mais apropriado, construir nos espaços comuns em que o pertencimento e participação das crianças e dos adolescentes se faz mais presente – ou seja, as escolas – possibilidades de outras formas de relação com o tecido social. É preciso afirmar: para as crianças e adolescentes, estar e habitar o cenário das escolas é ponto de partida, e não de chegada de um processo.

Ainda relação a esse tema, é significativo ressaltar que em um dos grupos focais, em meio a uma discussão sobre projetos de vida, um dos participantes assinalou que já se formou no ensino médio e agora pretende dar continuidade aos estudos:

“MARIO – Pensei em engenharia mecânica.”

Além disso, em outro grupo focal, um dos participantes relatou que alguns dias antes havia se formado no ensino médio e que aquele havia sido o momento mais emocionante de sua vida:

“CARLOS – Todo mundo lá. Gritando meu nome. Nossa...”

E finalmente, é importante mencionar que um dos participantes da primeira sessão do grupo focal comunicou ao final da sessão que não iria participar da segunda sessão, porque o dia iria coincidir com o de sua formatura e no período da tarde essa pessoa estaria se arrumando para o evento.

4.3.6 O direito à desmedicalização e à despatologização da vida;

Participantes de dois dos três grupos focais fizeram afirmações e diálogos, em diferentes momentos, acerca dos significados e problemas que podem resultar da atribuição de diagnósticos. Menos presente foi a discussão sobre medicação. Nesse tema, denominado de despatologização e desmedicalização da vida, em um dos grupos foi destacado que no serviço busca-se realizar uma prática de cuidado que não tenha como ponto de partida ou como eixo orientador o diagnóstico médico realizado:

“SIMONE – Quando a gente pensa em um usuário para o grupo, eu não penso a partir do diagnóstico. Acho que a gente vai pensando a partir de outras demandas de outras coisas que aparecem (...). A gente vai olhando a partir da singularidade, da individualidade de cada sujeito (...). Eu acho que é o olhar que a gente tem do CAPS que também é outra coisa potente, de estar em uma equipe multiprofissional. De também poder ter a diversidade de outros olhares, de várias especificidades, né. De não ser aquela coisa ambulatorial, né, de vamos sentar com o médico, vamos sentar com o psicólogo, mas de a gente estar encontrando.”

Nessa mesma linha, foi mencionado em outro grupo focal que é uma preocupação do serviço sustentar uma discussão sobre a questão de transformar em patologias sofrimentos diversos que são parte da vida:

“FRANCISCA – Tem uma discussão que é constante que é o que seria decorrente das situações de sofrimentos, das relações que se estabelecem por aí, em que não necessariamente se tem uma patologia, mas olhar pra dentro do sofrimento do indivíduo.

MARISA – É ver o sujeito não a partir do que ele traz enquanto sintoma ou enquanto transtorno, né, mas é ver o sujeito enquanto potencialidade, enquanto vida, enquanto... encontros saudáveis.”

Ainda sobre a importância de evitar a rotulação do sujeito em um diagnóstico, outros participantes destacaram a importância de não fechar um diagnóstico:

“ANTONIO – Tem algo do CAPS que eu acho que deveria ser estendido para todos os serviços de saúde que é não ter pressa em formar um diagnóstico (...). Não é tão simples você ter um filho assim com dificuldade e ela [psiquiatra] já vim te dar um nome de uma coisa que parece que você já acha que sabe o que é (...), às vezes, você não tá nem tá preparado para entender que diferença é essa.

FRANCISCA – A gente não tem que ter pressa, que a questão é entender o fenômeno e não dar um nome para aquilo.

ELZA – É verdade, a gente vê as diferenças [entre os sujeitos da atenção].

FRANCISCA – [É preciso] preparo profissional no sentido de entender as possibilidades, de você entender algumas situações... pode ser, porventura, por um diagnóstico, não é que isso seja um absurdo, mas o diagnóstico serve como a capacidade de você compreender o fenômeno, não o contrário: não é você fazer o diagnóstico para que ele seja o norteador. Mas que ele seja a possibilidade de você entender fenômenos.”

Sobre a medicação, a questão foi levantada a partir do contraste da experiência entre a prática de hospitais psiquiátricos e do serviço cenário de estudo vivida por um dos trabalhadores:

“FRANCISCA – Eu trabalhava em hospital psiquiátrico, né? (...) Lá usava muita medicação pra controlar as crianças o tempo todo na base da medicação. A gente faz uma discussão muito diferente aqui: tentar dar o mínimo de medicação.”

4.3.7 O direito à prevenção e ao combate ao preconceito, ao estigma e às práticas violentas;

Dois dos três grupos focais mencionaram no decorrer da conversa a questão do preconceito, do estigma e das práticas violentas vividas por pessoas com experiência de sofrimento psíquico.

Em referência a uma experiência vivida anteriormente, um dos participantes contou um relato em que viveu situações de abuso e violação de direitos:

“JORGE – Assim, eu passei 5 dias no Mandaqui [hospital psiquiátrico] (...). Eu fiquei 5 dias, eles não promoveram nada de diferente pra mim, inclusive eles me amarraram logo no primeiro dia, porque eu não queria ficar, que eu ia ligar pra Polícia, que eu não sabia que existia internação involuntária. Como é que eu ia voltar pra casa e tudo mais? Mas eles não quiseram nem conversar, eles... o segurança já veio pegando no meu braço, me levando pro quarto e amarrando.... Cara, é muito triste, você não pode, por exemplo, eu estava... tem, tinha duas alas lá, a feminina e a masculina, é... eram próximas, dois quartos assim. Aí, eu fui na porta da ala feminina, o cara já chegou pegando em mim e me empurrando e eu pedindo pra ele, não, não empurra, não, me solta, não pega em mim. Aí, ele já ficou assim, empurrando em mim, eu, caramba, eu não acho legal esse contato físico sem que eu queira e mesmo pedindo pra que ele não me toque, ele encostando em mim. E... sumiu acho que, não que isso seja relevante, mas um cordão meu sumiu também, eles pegaram um cordão.

CLAUDIA – Nossa, claro que é relevante.

JORGE – É... bastante. Foi a minha mãe que me deu, enfim, eles pegaram o meu cordão, tomaram, não me devolveram. E aí, eu pedi pra minha mãe ir lá, mas ela não quer, senão você... É..., mais a questão de amarrar, das terapias que não têm esse cuidado e trabalham com uma questão muito parecida com um manicômio. Eles não tão nem aí com os pacientes, eles não ligam muito, tratam com ignorância, é muito complicado.”

Por fim, sintetizou com suas palavras os significados da experiência de não ter a própria vontade respeitada, o que remete também à discussão dos direitos a escolha já mencionados anteriormente:

“JORGE – Eu acho que não é bacana você ser internado involuntariamente, contra a sua vontade”

Uma outra questão diz respeito às situações de preconceito e estigma, que levam a outras violências contra o sujeito da atenção. O tema foi inicialmente abordada por um dos

participantes a partir de uma situação vivida por um usuário do CAPSiJ em um outro serviço de saúde:

“FRANCISCA – Ontem a gente teve uma situação assim: uma adolescente passou mal, acabou passando com um médico clínico, e aí, ele já ficou desesperado, porque ele perguntou se ela tinha tomado remédio e ela falou que sim. Ele entendeu aquilo como uma tentativa de suicídio e não era isso, ela tomou remédio todo zoadado. E aí, ele não quis conversar com a gente, eu fui lá tentar conversar, e aí, ele falou, ‘eu fiz a minha avaliação, vai pro pronto socorro, tá’. Então, quer dizer, você constrói um estigma, você provoca uma série de sofrimentos nessas pessoas, que talvez era só se acalmar e entender o que tá acontecendo. Nós estamos com a rede, com a pessoa, entendeu? Mas é uma série de marcas, de desdobramentos que são desnecessários.”

Por fim, um dos participantes buscou refletir sobre o papel do CAPSiJ no combate a situações de preconceito e estigma. Acerca disso, importante mencionar que um participante assinalou, justamente, a importância do CAPS em combater preconceitos, o que foi ratificado por outros participantes:

“FRANCISCA – Eu penso muito também nessa questão do estigma, de a gente levar a possibilidade de essas pessoas refletirem sobre esses processos de um outro viés. Eu acho que de uma forma, a gente tem um papel importante nisso: de não dar voz ao preconceito, de mostrar para o mundo que as pessoas podem ser diferentes, que não precisa padronizar todo mundo.”

“ANTONIO – Ah, sim, porque aqui dentro já não tem preconceito. Do portão pra dentro, não tem mesmo.

MARISA – Você se sente respeitado?

ANTONIO – Sim, que....

SOPHIA – Sim!

ANTONIO – ...a primeira coisa que eu analiso é o preconceito. [Aqui] tem aquela dinâmica mesmo, não tem aquele preconceito de abordar você com alguma coisa. Que lá fora a gente vê muito (...), assim, se tivesse uma outra dinâmica de explicar as coisas, coisa que o CAPS faz aqui, né? Ah, muito bom um CAPS como esse aqui.”

4.3.8 O direito a reconhecer-se no serviço: a dimensão das formas singulares de expressão e comunicação no mundo;

Outro tema que foi identificado nas discussões de dois dos três grupos focais refere-se ao CAPSiJ como um lugar em que a criança e o adolescente podem se reconhecer no serviço e podem se expressar e se comunicar de múltiplas formas, e também refere-se a como o serviço constrói formas de interação e comunicação com os sujeitos da atenção.

Se reconhecer no serviço significa, aqui, as possibilidades de as crianças e adolescentes encontrarem reverberações de seus interesses e formas de expressão e comunicação. Por exemplo, acerca disso um dos participantes sintetizou como entende que deve ser um grupo de adolescentes:

“PATRICIA – [Um grupo de adolescentes] tem que ter adolescentes. Mesma visão, o mesmo pensamento, a gente se distrai um pouco, a gente conversa pra caramba.”

Apesar da aparente simplicidade da afirmação, o que ela expressa é que é importante que os serviços invistam em encontros que produzam sentido para as crianças e adolescentes e, mais ainda, reitera a necessidade de validação e legitimação dos recursos e saberes dos próprios usuários dos serviços – nesse caso, os adolescentes.

Ainda, na perspectiva de que é preciso criar formas de comunicação com as crianças e os adolescentes que eles reconheçam e pelas quais se comunicam, os participantes destacaram a importância do CAPSiJ na busca por produzir diálogos a partir dos modos como os usuários do serviço se expressam no mundo, considerando o fato de serem crianças e adolescentes:

“MARGARIDA – O que é bem específico do CAPS é a questão do brincar. E acho que tem uma questão de que tem um jeito de conversa com os adolescentes... É... que a gente tenta, às vezes, se aproximar dos adolescentes do jeito deles, com a linguagem deles.

MARIA – E aí, são várias linguagens... e isso acontece através do brincar.

PATRICIA – Eles sabem fazer a gente se sentir à vontade(...). Eles não ficam naquela coisa de a pessoa que fica toda hora corrigindo você. Os adolescente se sentem em casa, como se estivesse conversando com um familiar.”

“MARIA – Como a Marilena falou uma coisa antes de ontem, que o jeito de as pessoas entenderem em um CAPS adulto é diferente da gente entender aqui.

CLAUDIA – Como é que é a diferença, Marilena?

MARILENA – Acho que lá não pode ter muito vínculo com os adolescentes. O CAPS adulto não entende muito o que é um adolescente, que é uma pessoa diferente de outros. Lá não entendem muito bem o que a gente sente.

Só tem gente com mais de 22 anos e uma pessoa bem velha... É por isso que eu não passo no CAPS adulto, é muito estranho (...). Aqui eles [profissionais] entendem os adolescentes.”

Por fim, também foi destacado que os modos de expressão podem se dar por diferentes linguagens, sendo necessário ampliar os recursos:

“MARISA – Acho que o fato de conseguir dar voz do jeito que a pessoa quiser falar, que acho que muitas vezes pode ser pela escrita. Quando você conseguir falar da sua dor, dos seus medos, das suas potencialidades, através de uma escrita, através de uma música, de uma poesia, acho que isso é muito poético e é importante. É uma forma de comunicação, que, às vezes, só a palavra, é difícil também, pra gente dar conta do que a gente tá sentindo também. A gente começa a escrever e vão surgindo outras coisas, assim.”

4.4 Segundo encontro: novos diálogos sobre os temas discutidos em termos de direitos e sobre os temas identificados nos documentos brasileiros

A segunda sessão do grupo focal de cada um dos serviços cenários de estudo teve início com a apresentação para os participantes da pré categorização realizada a partir do material da primeira sessão do grupo focal. Como já apresentado, os temas discutidos pelos participantes foram pré analisados e codificados em termos de direitos, considerando os objetivos da pesquisa. Após uma breve apresentação, foi questionado aos participantes o que pensavam sobre a pré categorização realizada. Em sua ampla maioria, os participantes afirmaram concordar com a análise feita. Mas, houve também divergências e mesmo acréscimos, apresentados a seguir.

Em um segundo momento, na situação de ter sido identificado algum tema nos documentos brasileiros que não foi abordado na primeira sessão do grupo focal, os participantes foram questionados sobre o que pensavam acerca desse tema. Por fim, os participantes dos grupos focais fizeram breves considerações sobre o kit de ferramentas Direito é Qualidade, mas que são de importante menção.

4.4.1 Novos diálogos sobre os temas discutidos em termos de direitos;

Em um dos grupos focais, os participantes assinalaram inicialmente que um tema discutido na sessão anterior precisaria ter mais expressão enquanto um direito:

“MARIA – Eu acho que é garantir um direito das crianças e dos adolescentes terem acesso às informações das atualidades, atuais sabe, dos movimentos que estão acontecendo sociais, culturais, acho que é um direito sim.

IVONE – Porque se for um direito de ter acesso a esses temas, então é um direito de ser cuidado nestas diversidades. Se você entender que você precisa criar uma linha de cuidado em saúde que garanta o direito à diversidade, principalmente em saúde mental, é diferente do acesso só à temática.”

Na sequência, é dado o exemplo de que o território de abrangência daquele serviço é o que conta com o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade de São Paulo e com a maior população de negros. Daí o argumento:

“IVONE – Então você garantir que você vai fazer o acesso a partir das crianças negras é você garantir uma equidade do SUS [Sistema Único de Saúde]. Não é só um tema.”

Em síntese, a discussão segue e o grupo conclui que esse tema pode ser abrangido na discussão sobre o direito ao cuidado no âmbito do serviço em um território, desde que estivesse claro que as singularidades de um território e a da população atendida tivessem expressiva relevância no desdobramento desse direito enquanto tema. Apesar da rápida conclusão no grupo focal, é preciso dar destaque a essa discussão, pois ela toca na importante discussão sobre o complexo contexto, em seus aspectos econômicos, políticos e sociais, em que as práticas de um serviço são desenvolvidas e, principalmente, em que os sujeitos vivem. De certo modo, essas afirmações deixam claro como um processo de reabilitação como cidadania envolve toda uma cidade.

Em outro grupo focal, ao ser apresentada a categorização denominada de “o direito à participação em múltiplos espaços: a dimensão da intersectorialidade nas práticas dos CAPSij”, um dos participantes assinalou que do seu ponto de vista deve ser explicitada a prática dos trabalhadores de circularem pelo território, indo ao encontro de onde as pessoas estão:

“TEREZA – O que eu estou pensando aqui é na flexibilidade do cuidado. Como, por exemplo, tem casos que não chegam aqui, que a gente vai fazer a visita, que a gente vai acessando, sabe? Que a gente não é acessado.

SIMONE – Tiveram alguns casos bem graves. Pessoas que não saiam das casas. A gente tem que ir até lá. Eu acho que é um direito e é um desafio pra gente, pra conseguir oferecer um tratamento, um cuidado de qualidade para essas pessoas que não acessam o serviço.

(...)

SIMONE – O CAPS não é só essa estrutura física. O CAPS está para além disso. Por exemplo, a gente faz muito trabalho no território, então, alguns usuários nossos, nunca chegaram a vir no CAPS, mas a gente consegue acessá-los onde eles estão...

ARACY – ...têm cuidado lá!

SIMONE – É, tem um cuidado lá, no território.”

A partir disso, foi questionado se não seria o caso de compreender essa questão, da necessidade de o profissional ir até onde as pessoas estão, como parte do trabalho territorial e, logo, como algo assegurado no primeiro tema, “o direito a uma vida bela e compartilhada em um território: CAPSij como lugar de cuidado e de múltiplas formas de existir”. Os participantes concordaram, reafirmando a importância de esse – o deslocamento do profissional até onde as pessoas estão – ser uma das dimensões a ser consideradas enquanto um direito da criança e do adolescente com experiência de sofrimento psíquico e/ou que faz uso abusivo de álcool e outras drogas.

4.4.2 Diálogos a partir dos temas identificados nos documentos brasileiros;

Optou-se por verificar com os participantes as suas considerações sobre os temas presentes nos documentos brasileiros exclusivamente considerando que são esses os documentos que norteiam e expressam a prática cotidiana desses serviços. Assim, de partida, é importante ressaltar que a ampla maioria dos oito temas identificados na análise dos documentos brasileiros foram abordadas pelos participantes dos três grupos focais.

Para fazer essa verificação de correspondência de temas, consideramos que aquilo que identificamos como o primeiro tema dos grupos focais, a saber, “o direito à uma vida bela e compartilhada no território”, englobaria dois temas presentes nos documentos institucionais: “ações territoriais” e “redes afetivas e de apoio”. O tema “o direito à participação nas escolhas” diz respeito à discussão sobre “protagonismo” nos documentos institucionais; destaca-se que, apenas um dos grupos focais não mencionou especificamente a discussão sobre exercício do protagonismo e escuta da voz de crianças e adolescentes.

Os temas referentes às discussões de “intersetorialidade”, “famílias e responsáveis pelo cuidado” e “educação”, todos presentes nos documentos institucionais, foram identificados na discussão dos três grupos focais, sendo, respectivamente, “o direito ao pertencimento à múltiplos espaços”, “o direito à presença dos familiares e responsáveis”, e “o

direito à escolarização e a um percurso formativo”. Já o tema “o direito à prevenção e combate ao preconceito, ao estigma e às práticas violentas” tem correspondência com “prevenção contra violências”; entendemos também que o tema “o direito à desmedicalização e à despatologização da vida” comporia esse tema, que não foi abordado por um dos grupos em sua primeira sessão”. Por fim, o tema “o direito da criança e do adolescente a reconhecer-se no serviços” presente nas discussões não foi um tema comum aos quatro documentos brasileiros analisados.

Acerca do tema da despatologização e desmedicalização, alguns dos participantes do grupo que não havia discutido o tema assinalaram que há também situações em que ter um diagnóstico pode ser positivo e situações em que pode ser negativo:

“MANUELA – Eu acho que muitas vezes as pessoas dão em excesso e porque muita gente dá em excesso tem gente que está recebendo de menos e que se beneficiaria. Então, acho que é uma coisa que não dá pra generalizar, cada caso é um caso.

ELISA – Cada caso é um caso mesmo. Tem famílias que na hora que recebe um diagnóstico a criança fica estigmatizada porque tudo acaba sendo justificado por causa deste diagnóstico. Por outro lado, para outras famílias quando recebe o diagnóstico é que começam a fazer alguma coisa, porque sempre encaram a criança como ‘ah, ninguém fala que ela tem nada, então ela não tem nada’.”

Diante dessas questões colocadas, outro participante assinalou a importância de buscar não colocar tanto valor no diagnóstico.

“MARIA – Eles buscam o diagnóstico, muito. A gente tenta dizer de quanto isso fica estigmatizado na criança, não só agora, mas na escola, nas relações. A gente tenta fazer isso com a família, de desvalidar aquela importância do diagnóstico na infância. De fechar, de um diagnóstico fechado. Que a criança tem dificuldades, limitações, diferenças, a gente vai trabalhar com isso, não vai negar, mas não usar o diagnóstico, para que a criança não fique estigmatizada, né. Fica como estigma, nas escolas, em todo lugar.”

Por fim, foi enfatizado por um participante que isso, o direito à despatologização e desmedicalização, deveria sim ser afirmado. Diante dos argumentos apresentados, outros participantes concordaram:

“IVONE – Vocês entendem que, se eu preciso construir um documento pra dizer que as crianças determinadas no país tem o direito de não ser patologizadas não é porque estamos olhando caso a caso, não é porque

temos pensado caso a caso, é porque nós estamos fazendo a rodo! (...) É porque a gente está medicalizando e patologizando muito mesmo, porque senão não precisava de documentos. E por exemplo, sobre medicalizar o sofrimento. Eu sou enfermeira há 20 anos de PSF, e o que tem de idosos tomando benzodiazepínicos porque há 10 anos perdeu o filho baleado e foi numa consulta no clínico que, em consulta, passou o Diazepan, e ela está tomando isso de 5 a 10 anos, é de monte! Isso é medicalizar o sofrimento, então a gente não está falando de caso a caso. Ninguém aqui está falando que não vamos diagnosticar, não vamos prescrever algum tipo de medicação, o que estamos falando é que sim, estamos medicando muito nossas crianças.

MANUELA – Acho que é preciso encontrar o meio termo aí né.”

Acerca desse tema ainda, na ocasião da apresentação desse tema em termos de direitos em um dos grupos focais, um dos participantes quis fazer um comentário adicional:

“JORGE – Eu queria falar sobre o modo como as pessoas são tratadas nos hospitais psiquiátricos por meio de medicação. É um meio muito primitivo de tratar uma pessoa, achando que os remédios vão fazer com que ela mude os seus pensamentos, o seu jeito de ser, que ela fique calma. (...). Estamos em 2017, o mundo, várias questões sociais vieram à tona e tudo mais, e acho que esses meio de tratamento, de medicamento é bem...é muito horrível. É bem antigo e bem doloroso para a pessoa. Eles conversam um minuto e trinta segundos com o paciente e já dão diagnóstico da vida inteira do cara. E sem saber, por exemplo, de nada, entendeu? E eu acho isso errado, muito errado.”

Ainda, outro tema presente nos documentos institucionais e não mencionado em um dos grupos focais refere-se à construção e espaços para exercício do protagonismo e escuta da voz das crianças e dos adolescentes na relação com o cotidiano dos serviços de saúde mental. Quando questionados, todos os participantes do grupo mencionaram que esse é um tema central, assinalando que:

“IVONE – É, a gente não mencionou porque parece que é meio dado, né, isso. A gente tem até um marcador de produção mesmo, né, que nos solicita marcar quantas ações de reabilitação psicossocial e ação de contratualidade que a gente faz num dia, num mês. Então os documentos, também né, de produção, nos impulsiona pra não deixar, não esquecer disso.

MARGARIDA – Os adolescentes participam das assembleias.

IVONE – O Luis que estava semana passada participou do conselho. Ele é do conselho gestor, um dos conselheiros.”

A partir de então, os participantes dialogam sobre as estratégias para assegurar a presença e participação das crianças, adolescentes e familiares nos espaços e fóruns de discussão e decisão coletiva:

“MARIA – Acho que o jeito da criança participar, de entender o processo do cuidado. É através daquela folha, de projeto terapêutico que a gente tem. As crianças assinam, fazem com a gente, constroem com a gente e tem que assinar.

CLÁUDIA – Ah é? As crianças pequenininhas também?

IVONE – Quando é muito pequeninha aí é com a família.

MARIA – Aqueles que entendem mais...

IVONE – Isso é coisa que é uma prerrogativa, não é que a gente tira da cabeça, não, é que às vezes, para implantar, às vezes é meio difícil, né, a gente tá num processo...

MARIA – ...de construção, né?

IVONE – Não vamos falar que está em todos os prontuários, ainda a gente está num processo de construção, mas, é uma meta.

MARIA – É um jeito, né, deles participarem, né.”

“IVONE – Quando está tendo assembleia e os adolescentes estão na sala, tem em outro espaço a “assembléinha”, para quando é criança pequena, faz coisa de desenho, de jogos. Um exemplo, teve uma assembleia que veio a escolas para discutir inclusão. Aí enquanto quando isso, lá fora estavam as crianças e a gente estimulando a discussão da inclusão com as crianças da escola. Aí as crianças “ah vamos fazer tal desenho...”, “O que vocês acham o que é legal a escola tem que ter?”. Aí um desenhou piscina. A gente tenta usar essas estratégias.

MARIA – No dia da assembleia a gente ouviu que as mãe tem dificuldades de vir duas vezes ao serviço, às vezes. Então a gente de tempo em tempos vai mudando a data da assembleia. Então até essa questão de ter essa possibilidade de mudar o dia, alternar o dia para facilitar para as famílias, a gente tem feito.”

Destaca-se que um dos grupos focais que já havia discutido o tema na primeira sessão retoma-o aqui para refletir sobre as estratégias de ampliação da participação das crianças e adolescentes. Importante mencionar que em sua fala ela faz um destaque para o III Encontro de Bauru, que havia ocorrido semanas antes com a presença protagonista das crianças e adolescentes:

“MARISA – Nas assembleias, por exemplo, os adolescentes têm bastante dificuldade de ficar. Aí, foi uma discussão que a gente trouxe para equipe: o que a gente faz? A gente tensiona pra eles ficarem ou a gente tenta fazer

diferente? No começo o combinado foi: ‘galera, vamos ficar meia hora? E se desse pra gente ficar meia hora, só pra vocês sentirem como é que é... E aí, depois a gente sai e a gente conversa?’ Beleza. Mas às vezes, eles não sustentam mesmo e eles saem no meio. E, para as crianças, de fato, ainda é uma coisa que não vi uma forma de atingir. Mas, aí, eu trago a vivência que a gente teve lá em Bauru, né, que tinha muita gente, familiares, adolescentes. Lá a gente conseguiu fazer uma grande roda num espaço aberto e tinha estímulos de vários lugares e os adolescentes e as crianças deram conta de estar nesse espaço. Como? A gente disponibilizou cartolina, canetinha, é... enfim, alguns profissionais sentaram no chão e começaram a fazer recorte de papel ou aviãozinho. Sabe coisas assim? Então, a família conseguiu estar junto, as crianças, os adolescentes... essa foi uma forma bacana.

ELZA – Talvez possa ser um caminho possível”

No outro grupo focal também todos concordaram com a importância do tema e, retomando algumas das colocações feitas por participantes do grupo focal reivindicando mais espaço para tomar decisões, um dos participantes assinala:

“SIMONE – O que eles estão falando é coisa de espaço de assembleia, né? A gente bem que tá falando que tá com dificuldade de manter esse espaço.”

4.4.3 Considerações sobre o kit de ferramentas Direito é Qualidade no contexto de serviços de saúde mental infantojuvenis;

Os participantes dos três grupos fizeram valiosos comentários sobre o kit em termos de como seria usado nos serviços. O que os participantes dos três grupos focais afirmaram é que, do ponto de vista deles, o kit de ferramentas precisaria ser construído a partir de outras formas de comunicação e com outras linguagens, aproximando-se das formas de expressão e do campo de interesse das crianças e dos adolescentes.

Um dos participantes após afirmar que seria difícil para ele responder um questionário longo, deu uma sugestão sobre como o kit poderia ser:

“VINÍCIUS – Sempre fazendo alguma coisa, nunca ficando parado. Fazendo um jogo, conversando, ou fazendo mais suspense.

CLÁUDIA – Como assim?

VINÍCIUS – Tipo, brincando, para a pessoa adivinhar.”

Outros participantes também assinalaram que seria importante considerar outros modos de diálogo considerando, em particular, os interesses das crianças e adolescentes:

“ARACY – Tem que pensar em recurso lúdico, porque, é a forma, é um jeito de chamar a atenção da criança.”

“FRANCISCA – Através da música, cantar...

MARISA – [Precisa de] alguns disparadores...

ELZA – ...é....

MARISA – eu pensei em disparadores mesmo, filmes e algumas dinâmicas ou jogos, alguma coisa assim.

FRANCISCA – Eu acho que o mais possível é isso: rodas de conversa com diversos disparadores.”

Um dos participantes assinala também, em uma valorosa contribuição, que é preciso pensar em estratégias de participação que abarquem como as singulares maneiras de comunicação e expressão:

“ANTONIO – O Oscar pra vim pro CAPS, ele vem numa alegria tremenda. Aí, eu já falo: ‘põe o cinto’, entendeu assim? Ele já fica todo assim.

FRANCISCA – Ele já entende.

ANTONIO – Uma criança se expressa mais nos gestos. Porque coisa que ele não quer fazer, ele expressa mesmo é com gesto. E às vezes, a gente entende, né?”

Por fim, foi destacada uma experiência vivida no serviço para retratar a possibilidade desse diálogo com as crianças e adolescentes a partir de outras linguagens e usando outros recursos:

“MARISA – Teve um Fórum [de saúde mental infantojuvenil] que a gente fez aqui no final do mês passado que foi muito legal. Teve um tema e aí, uma adolescente abriu com uma poesia que falava sobre o tema. E foi muito legal pra chamar as pessoas pra conversarem, sabe? Veio de um outro lugar, não foi alguém apresentando formalmente... Foi uma adolescente entrando e mandando o recado do jeito dela.”

Considerando esse conjunto de contribuições dos participantes dos três grupos focais, pode-se concluir que seria relevante construir um kit de ferramentas que abrangesse múltiplas

linguagens, contasse com diferentes recursos e tivesse um formato que garantisse a participação de todos, com suas singulares formas de expressão no mundo.

5. Temas e aspectos relevantes para avaliar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis

A análise dos documentos internacionais indicou um conjunto de Artigos da CDPD que podem compor temas para a avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis. E a análise dos documentos brasileiros e dos pontos de vista de usuários, familiares e trabalhadores revelaram aspectos e temas relevantes para comporem essa avaliação – temas esses que tem correspondência com Artigos da CDPD.

Partindo do formato e arranjo do kit de ferramentas Direito é Qualidade, podemos afirmar que para a avaliação e melhoria da qualidade e do respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental infantojuvenis quatro temas são centrais: “o direito à liberdade e ao reconhecimento da cidadania”; “o direito à prevenção contra tortura, tratamentos cruéis e desumanos, maus tratos e outras violências”; “o direito a uma vida compartilhada em um território e à participação nos múltiplos cenários em que a vida acontece”; e “o direito ao cuidado singular”.

Mais uma vez, enfatiza-se aqui a importância de na leitura de cada um dos temas propostos e recomendados considerar as singularidades e as diferenças entre crianças, adolescentes e jovens, em particular no que se refere ao exercício e pleno gozo de direitos em razão da idade e maturidade.

5.1 Primeiro tema: o direito à liberdade e ao reconhecimento da cidadania (Artigo 7, compondo com Artigo 12 e Artigo 14);

Considerando e reafirmando o direito à liberdade, ao reconhecimento da cidadania das crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental infantojuvenis, com o direito de participarem das escolhas para suas vidas, esse tema expressa a importância das crianças e dos adolescentes serem escutados em suas perspectivas, demandas e opiniões, em particular nas matérias e assuntos que lhes dizem respeito. Tal direito pode encontrar sustentação na CDPD principalmente no Artigo 7 pela afirmação do direito das crianças e adolescentes do “pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais” e do direito a “expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade”. Ainda, considerando

os sujeitos usuários do serviços de saúde mental infantojuvenis que tem plena capacidade legal reconhecida, esse direito encontra sustentação também no Artigo 12, que se refere à capacidade de ter direitos e de exercer direitos, e no Artigo 14 pela afirmação da liberdade e segurança da pessoa.

Este é um temas presente nos documentos analisados, que assinala a importância e necessidade de reconhecimento dos saberes e recursos das crianças e adolescentes, bem como de valorização e legitimação de suas falas. Trata-se de uma prática que precisa estar presente no cotidiano dos serviços, sendo sustentada nas relações entre os sujeitos, e que também é realizada em espaços formais criados para tal, como pode ser o caso dos fóruns e assembleias de discussão e deliberação, e da garantia de representação em conselhos, órgãos, e espaços de cogestão. Trata-se, também de um tema presente nas discussões nos serviço, que reiteram a importância do tema e o desafio colocado para pensar em estratégias de ampliação da participação das crianças e adolescentes.

Assim, para a garantia do exercício desse direito, é preciso que os serviços sejam avaliados em termos de quais estratégias e práticas são desenvolvidas e realizadas para que as opiniões das crianças e adolescentes sejam escutadas, legitimadas e consideradas, possibilitando a participação e o protagonismo deles no processo de tomada de decisões acerca do próprio cuidado e a na construção do cotidiano e das práticas do serviço. Nesse sentido, é importante verificar se a criança e o adolescente participam da construção de seu projeto terapêutico singular, se há espaço de escuta para suas demandas e considerações em relação às práticas e cotidiano do serviço e se as questões que apresentam são encaminhadas para resoluções, para citar alguns exemplos.

5.2 Segundo tema: o direito à prevenção contra tortura, tratamentos cruéis e desumanos, maus tratos e outras violências (Artigo 15 e Artigo 16);

Este tema já presente no kit de ferramentas Direito é Qualidade, apoiado nos Artigos 15 e 16 da CDPD, permanece importante para a avaliação de serviços de saúde mental infantojuvenis. Embora, para esse cenário e população específicos são importantes aspectos adicionais, para além daqueles que já compõe esse tema no kit. A relevância do tema se coloca porque continuam existindo situações de perpetração de violência de diversas ordens contra crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental. Assim, é preciso afirmar expressamente que essas práticas violentas de diversas ordens não podem ser aceitas, que são

uma violação aos direitos das crianças e adolescentes, e que é fundamental que os serviços sejam avaliados nesse aspecto.

Nos documentos, esse tema é mencionado enquanto prevenção e combate à violência, e é dada particular ênfase aos sentidos violentos que tem o estigma e o preconceito vividos por crianças e adolescentes usuários de serviços de saúde mental. Ainda, é assinalada como problemática as situações de patologização e medicalização dos sujeitos, sendo importante prevenir que sujeitos sejam identificados e rotulados em diagnósticos determinados a partir de diferentes e complexas situações, sofrimentos e modos de ser e de se expressar no mundo, e prevenir que medicações sejam administradas de modo excessivo ou sem necessidade.

Nas discussões nos serviços de saúde mental a importância desse tema foi expressa na fala dos participantes, que relataram testemunhos de situações de violência direta contra a pessoa em instituição de características. Ainda, foi assinalado que se constitui como uma violência as situações de preconceito e estigma, bem como de patologização e medicalização dos sujeitos.

Nesse sentido, esse tema coloca a necessidade de verificar se existem situações e práticas nos serviços que são de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante, e situações e práticas de exploração, violência e abuso, avaliando também como são encaminhadas eventuais denúncias. Ainda, seria importante nesse tema considerar se os serviços realizam práticas que visem à diminuição do preconceito e estigma no tecido social. Por fim, um outro aspecto a ser considerado no tema seria verificar se haveria, ao invés de diagnósticos cuidadosos no caso de serem necessários, a patologização de situações diversas, e também se ao invés de a medicação ser um dos possíveis componentes do cuidado, haveria a medicalização dos usuários do serviço.

5.3 Terceiro tema: o direito a uma vida compartilhada em um território e à participação nos múltiplos cenários em que a vida acontece (Artigo 19, compondo com Artigo 23, Artigo 24 e Artigo 28);

Esse tema tem como base o tema “o direito à vida independente e à inclusão na comunidade” do kit de ferramentas Direito é Qualidade, que está relacionado ao Artigo 19 da CDPD. Aqui, é proposta é que o Artigo 19 seja o eixo estruturante desse direito, e que a partir desse sejam considerados os direitos expressos no Artigo 24, que diz respeito à educação, e o

Artigo 28, considerado à luz do Artigo 23, no tocante ao direito à moradia em um padrão de vida adequado junto à família.

Um serviço de saúde mental assegura esse direito estando disponível para acesso para todos que precisarem usar o serviço e, também, criando e realizando ações e práticas que possibilitem e ampliem a participação social dos sujeitos em múltiplos cenários da vida cotidiana e compartilhada no território. Esse tema no kit de ferramentas Direito é Qualidade abrange as ações, por parte dos serviços, em apoiar os usuários em ter condições de viver, como ter onde morar, em acessar oportunidades de educação e trabalho, em participar da vida pública e em atividades sociais diversas. Assim, esse tema abrange ações e práticas que, na perspectiva de direitos, são próprias do cotidiano de um serviço de saúde mental alinhado à perspectiva de respeito, promoção e garantia de direitos. Tem destaque nesse tema as ações intersetoriais, dado que na criação e ativação de possibilidades por parte dos serviços de saúde mental junto a serviços, programas e instituições da saúde e de outros setores – como a escola no setor da educação, os parques e museus no setor da cultura, os percursos formativos e possibilidades de trabalho no setor do trabalho – criam condições para a circulação e participação em diferentes cenários de vida.

Considerando a centralidade da escola como cenário de vida de crianças e adolescentes, é fundamental afirmar expressamente esse direito para esses sujeitos e a importância da articulação com esse setor. Nesse sentido, o direito expresso no Artigo 24 da CDPD, ou seja, o direito à educação, precisa compor esse tema. Ainda, partindo das necessidades reais dos sujeitos da atenção para compreensão dos direitos imprescindíveis que devem ser considerados nos serviços, é preciso considerar também nesse tema o direito à moradia com padrão de vida adequado expresso no Artigo 28, considerando que esse direito à moradia compreende um lar junto à uma família, tal como estabelecido no Artigo 23.

Assim, considerando esses aspectos que compõe o tema, considerando que o serviço se responsabiliza pelo sujeito da atenção, é preciso verificar junto aos serviços os investimentos realizados para possibilitar o acesso das crianças e adolescentes às escolas e como esse processo se sustenta. Ainda, é preciso verificar junto aos serviços, em particular naqueles que tem funcionamento 24 horas e que contam com leitos, como se afirma e se sustenta o respeito ao Artigo 19 (eixo do tema) e ao Artigo 23; ainda no caso dos serviços 24 horas é preciso avaliar aquilo que o serviço oferece e tem de concreto – como as condições do prédio, as condições de estadia, hospitalidade e acolhimento, e as condições de alimentação e vestuário, bem como o que há de possibilidades de interação, de intercâmbios sociais, de

comunicação e de circulação para o sujeito que está no serviço em pernoite; e, também, verificar se e como a possibilidade de pernoite faz parte do projeto terapêutico do sujeito.

Nos documentos e nas discussões realizadas nos serviços de saúde mental infantojuvenis, a pertinência, primeiro, do tema da intersetorialidade pode ser verificada por meio da articulação entre duas questões mencionadas como centrais, que são ações intersetoriais que precisam ocorrer a partir de um trabalho de base territorial. Ora, esse tema evidencia o direito de todos, incluindo os usuários de serviços de saúde mental, à uma vida no território. Assim, um serviço de saúde mental de base territorial se relaciona não apenas com o sujeito da atenção, que é usuário desse serviço, mas também com o seu entorno e território. Ainda, sobre a questão específica da articulação com o setor da educação é também expressamente mencionada tanto pelos documentos, quanto pelos serviços como uma ação intersetorial que deve necessariamente ser realizada por um serviço voltado para crianças e adolescentes.

Em síntese, considerando o exposto, esse tema demanda verificar junto aos serviços as ações realizadas para apoiar e ampliar as possibilidades de participação social dos sujeitos, e para garantir um padrão de vida adequado e a inserção no cenário de vida da escola. Nesse sentido, também coloca a importância do desenvolvimento de ações e práticas intersetoriais, conectadas às necessidades dos sujeitos atendidos, sendo preciso verificar se acontecem, com quais setores acontece e como acontece. Reitera-se aqui que o diálogo e parcerias construídas com outros setores também comprometidos com a afirmação e produção de liberdade e cidadania é fundamental para o exercício do direito a uma vida compartilhada em um território e à participação nos múltiplos cenários em que a vida acontece.

5.4 Quarto tema: o direito ao cuidado singular (Artigo 25 e Artigo 23);

A análise dos documentos e das discussões dos grupos focais reiterou a importância central do tema relativo ao direito à saúde, tal como assegurado no Artigo 25 e presente no kit de ferramentas Direito é Qualidade sob o nome de “o direito a usufruir o padrão mais elevado possível de saúde física e mental”. Tal direito implica, em primeiro lugar, a existência de uma rede de serviços de saúde. Considerando os sentidos desse direito no contexto da CDPD, estes serviços, e mais especificamente o serviço de saúde mental de referência do sujeito, precisam assegurar seu acesso pelos sujeitos e precisam garantir aos sujeitos uma vida independente na

comunidade, o que remete ao valioso aspecto do tema anterior e a necessidade de serviços de base territorial.

Na perspectiva de assegurar o direito à saúde, entendido aqui como o direito ao cuidado singular que reconhece os sujeitos em sua complexidade e em suas experiências na relação com o corpo social, é importante por parte do serviço responsabilizar-se com o cuidado global dos usuários na relação com o território, com a construção de projetos terapêuticos singulares que contem com a participação do usuário e de seus familiares ou responsáveis pelo cuidado e que sejam relacionados com as necessidades reais do sujeito e com a ampliação de sua participação social. Nesse sentido, é de responsabilidade do serviço o agenciamento de uma rede de cuidados ampliada e articulada com outros serviços de saúde e outros setores, além do investimento na produção e multiplicação de recursos.

Outro aspecto relevante desse direito, compreendido aqui enquanto um tema, diz respeito às ações do serviço para construir, fortalecer e ampliar as redes sociais dos sujeitos, incluindo-se aí amigos e família ou responsáveis pelo cuidado. Ao responsabilizar-se pela criança e adolescente, o serviço tem como uma de suas necessárias ações a facilitação e produção de possibilidades de encontros entre sujeitos, considerando tanto quem circula pelo serviço, como a rede social ampliada no território. Ora, essa questão, da importância de fazer amigos e construir uma rede social, foi claramente mencionada na discussão realizada nos serviços.

Nesse sentido se coloca a importância de esse tema também ser composto pelo Artigo 23 da CDPD, que trata do direito à vida em ambiente familiar. Nesse Artigo, é particularmente relevante para as crianças e adolescentes a afirmação de seu direito à vida familiar, o direito de não ser separado dos pais (exceto na situação de determinação legal para o superior interesse da criança), e de se após todos os esforços não for possível garantir o cuidado pela família, ser cuidado em ambiente familiar na comunidade. No âmbito desse tema, precisa ser assegurado tais direitos para as crianças e adolescentes usuárias de serviços de saúde mental. Para além disso, os documentos analisados e as discussões nos serviços apontam para uma perspectiva de que o tema precisa, também, compreender a família ou responsáveis pelo em um duplo lugar: como coparticipantes na construção e na realização prática e cotidiana do projeto terapêutico singular da criança ou adolescente, e como sujeitos da atenção. Assim, seria o caso de esses aspectos também comporem o tema.

Há ainda um conjunto de sutilezas das práticas de cuidado que é importante considerar em uma avaliação de serviço, como a disponibilidade e o compromisso dos

trabalhadores na produção de um cuidado singular oferecendo escuta e presença de qualidade, e a construção de relações horizontais, afetivas e de reciprocidade entre os sujeitos. Esses foram aspectos importantes mencionados também nas discussões junto com os serviços de saúde mental infantojuvenil e nos documentos institucionais, na ocasião das referências aos modos de relação construídos e estabelecidos.

Faz parte também da complexidade desse tema os projetos terapêuticos singulares; tal como já presente no kit de ferramentas Direito é Qualidade, sendo importante verificar, por exemplo, se todos usuários tem um projeto terapêutico singular, quais as dimensões abordadas nesse projeto, e se os projetos são revisados. Aqui, é também preciso garantir que a criança e o adolescente sejam escutados e suas opiniões sejam consideradas durante todo o itinerário terapêutico, participando ativamente da construção e revisão de seus projetos terapêuticos.

5.5 Considerações sobre as formas de comunicação;

A questão das formas de comunicação não são um tema em si, mas precisam ser consideradas na construção de um kit de ferramentas próprio para os serviços de saúde mental infantojuvenis. Considerando que os serviços de saúde mental precisam dialogar com as crianças e com os adolescentes a partir da linguagem, terminologia e formas de comunicação que eles fazem uso no cotidiano, é preciso que o próprio kit de ferramentas expresse isso como um direito em suas ferramentas.

Ressalte-se que além de ser uma questão expressamente afirmada nos diálogos com os usuários, familiares e trabalhadores de serviços de saúde mental, esse tema também foi abordado nos documentos analisados, com destaque para o documento do *I Encontro Municipal de CAPS Infantojuvenil-CAPS II*, que teve como uma das deliberações a de “confeccionar uma cartilha sobre atenção psicossocial, a partir da linguagem dos usuários”, no sentido de que se faz necessário construir materiais do ponto de vista dos usuários dos serviços.

Isso significa investir em outros recursos e ferramentas, para além da entrevista, no kit de ferramentas Direito é Qualidade, como recursos lúdicos e audiovisuais.

6. Considerações finais

O estudo fez uma proposição de temas e aspectos mais relevantes para avaliar e melhorar a qualidade e o respeito aos direitos humanos em serviços de saúde mental para crianças e adolescentes. Para tanto, considerando a proposta do kit de ferramentas Direito é Qualidade da OMS, buscou refletir e indicar quais são os direitos afirmados a partir da CDPD que precisam ser considerados na composição dos temas, recomendando ao final quatro temas.

Aqui, cabe uma observação adicional. Na consideração dos temas e no caso de uso do kit de ferramentas uma dimensão fundamental para se ter em vista é a possibilidade de construção de uma cultura de respeito, promoção e garantia de direitos junto aos usuários, familiares e trabalhadores dos serviços de saúde mental, na relação com um território, durante o próprio processo de uso desse kit de ferramentas. Isso porque o que é primordial na produção de mudanças nas dinâmicas sociais são os processos de transformação das relações com a própria experiência de sofrimento psíquico em um tecido social, com a abertura das relações e construção de novas formas de relações entre os sujeitos. Esse pode ser um legado importante para os serviços, que podem a partir de então, de um ponto de vista crítico e reflexivo, realizar o caminho inverso no cotidiano das práticas: em relações de reciprocidade e de valorização do outro, partir do reconhecimento da cidadania e das necessidades reais dos sujeitos para a invenção e a produção de uma vida bela e com sentido, para daí ser possível para os sujeitos o exercício de direitos.

Sublinhe-se aqui que não se trata de apenas afirmar direitos. É preciso multiplicar, agenciar e fazer bom uso dos recursos existentes, co-produzir com os sujeitos projetos de vida nos territórios, e construir condições materiais no tecido social para que os direitos tenham a possibilidade de ser reconhecidos e exercidos; isso significa afirmar e produzir um projeto ético-político. Os direitos existem concretamente, no sentido de vivenciados de fato pelos sujeitos, em um certo contexto social, político e econômico, por isso a própria possibilidade de existência de direitos precisa ser produzida no cotidiano, em uma rede de relações afetivas e nas trocas e intercâmbios de uma comunidade. Não à toa, é na polis e em relações democráticas que direitos podem ser afirmados, construídos e exercidos.

Ora, afirmar e produzir direitos de cidadania significa, necessariamente, ocupar-se dos contextos em que esses são construídos e realizados. Nesse sentido se coloca a importância de investir em projetos macro políticos que abranjam instâncias institucionais e legislativas,

dentre outras, e expressem um direito comum, bem como investir em modos de relação que se constituem por modos de cooperação e que tem como base a solidariedade na sustentação de um laço comum; entendida nesses termos, a constituição de um comum é parte de um projeto de transformação. Assim, a perspectiva da vida em comunidade e da constituição de possibilidades de uma “democracia profunda” (50) inclui e também transcende a ideia de viver em um espaço geográfico compartilhado. Comunidade se torna nessa perspectiva um locus de produção de redes de relação e de produção de novas contratualidades, em que sujeitos e projetos de vida singulares e de um território coexistem e se conectam no reconhecimento e constituição do comum.

Resta uma última questão: em tempos em que aspirar projetos e o entendimento do comum encontram-se esfacelados, em que as próprias relações democráticas estão sob ameaça é preciso, mais do que nunca, coragem. Coragem de se posicionar diante de situações de injustiça, violência e opressão, coragem de barrar essas situações, coragem de fazer frente à barbárie; bem como coragem de criar no tecido social a possibilidade de coexistência de modos singulares, coragem de construir formas de relação e de vida emancipadoras, coragem de afirmar e produzir liberdade. Trata-se de uma aposta que consiste nisso: que cada singular gesto de coragem, na multidão, possa produzir novas projetualidades em um comum, com práticas e com horizonte democráticos.

7. Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Mental health development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization, 2010.
2. Drew N, Funk M, Tang S, Lamicane J, Katonka S, Pathare S, Lewis O, Gostin L, Saraceno B. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011; 378: 1664–75.
3. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities: resolution / adopted by the General Assembly, 24 January 2007, A/RES/61/106.
4. Saraceno B. Discorso globale, sofferenze locali: analisi critica del Movimento di salute mentale globale. Milano: Il saggiatore; 2014. 219 p.
5. World Health Organization. Flyer WHO QualityRights. 2015. Acessado em 16 de junho de 2017. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/
6. World Health Organization. Quality Rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direito é qualidade: kit de ferramentas de avaliação e melhoria da qualidade e dos direitos humanos em serviços de saúde mental e de assistência social/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 101 p.
8. Brasil. Decreto nº 6949, de 25 de Agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União 2009.
9. Asturias. Evaluación de los servicios de salud mental del principado de Asturias. Segunda fase: evaluación de derechos humanos y calidad in instalaciones con internamiento. 2010.
10. Nomidou A. Quality health care and human rights conditions in a psychiatric clinic of a general hospital. International Diploma in Mental Health Law & Human Rights IDMHLHR; 2012.
11. Currie J. Best practice of Minimum Standards & Service Delivery Manual' with reference to United Nations-Convention of Rights for People with disabilities (UN-CRPD). International diploma in mental health law and human rights; 2012.
12. Rekhis M. Rights of people with mental disorders: realities and perceptions. Tese [Doctorat en médecine] - Université de tunis el manar. Faculté de médecine de Tunis; 2015.
13. Fawzy ME. Quality of life and human rights conditions in a public psychiatric hospital in Cairo. *International Journal of Human Rights in Healthcare* 2015; 8: 199 – 217.

14. Parwiz K. Implementation of WHO Quality Rights assessment in Kabul Mental Health Hospital. Tese [Dissertação de Mestrado] - Universidade NOVA de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
15. Minoletti A. Toro, A. Alvarado, R. Carniglia C. Guajardo A. Rayo X. Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile. Rev Med Chile. v.143: p. 1585-1592, 2015.
16. Grigaité U. Human rights conditions and quality of care in ‘Independent Living Homes’ for adults, who have intellectual and/or psychosocial disabilities, in Vilnius: analysis of good practice examples, systemic challenges and recommendations for the future. . Tese [Dissertação de Mestrado] - Universidade NOVA de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas; 2017.
17. Southalan S. Adapting the WHO QualityRights Tool for the prison setting. Tese [Dissertação de Mestrado] - Universidade NOVA de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas; 2017.
18. Azab S. Implementation of WHO Quality Rights assessment in Abbassia Mental Health Hospital : child and adolescent outpatient clinics. Tese [Dissertação de Mestrado] - Universidade NOVA de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas; 2017.
19. Drew N, Hanna F. WHO QualityRights Project: Addressing a Hidden Human Rights Emergency; 2014. [Acesso em 19 de Maio de 2017]. Disponível em: <http://www.mhinnovation.net/blog/2014/dec/19/who-qualityrights-project-addressing-hidden-human-rights-emergency>
20. United Nations General Assembly. Resolution adopted by General Assembly, 19 June 2016, A/HCR/32/L.26.
21. United Nations General Assembly. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 28 March 2017, A/HCR/35/L.21.
22. Nações Unidas. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Genebra, 2016.
23. World Health Organization. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Geneva, 2015.
24. Brasil. Lei Federal n.º 10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001.
25. Brasil. Portaria Federal n.º 106, de 11 de Fevereiro de 200. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Diário Oficial da União 2000.
26. Brasil. Portaria Federal n.º 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II. Diário Oficial da União 2002.

27. Brasil. Lei Federal nº10.708, de 31 de Julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União 2003.
28. Brasil. Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2011.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental no SUS: Cuidado em Liberdade, Defesa de Direitos e Rede de Atenção Psicossocial. Relatório de Gestão 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 143 p.
30. Brasil. Portaria nº 854, de 22 de Agosto de 2012. Altera e cria novos procedimentos para os Centros de Atenção Psicossocial e dá outras providências. Diário Oficial da União 2012.
31. Brasil. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Saúde Mental em Dados – 12, Ano 10, nº 12, Agosto de 2015. Brasília; 2015.
32. Brasil. Portaria Federal nº 1.608, de 03 de Agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Diário Oficial da União 2004.
33. Couto MCV. Delgado PG. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. Psicol. clin. 2015 jan/jul; 27 (1) 17-40.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Caminhos para uma política de saúde mental infantojuvenil. Brasília; 2005.
35. NUPPSAM, organizadores. Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial Infantis e Juvenis (CAPSi): Os CAPSi como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes; 2013 Abr 10-12; Rio de Janeiro, Brasil; 2013.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Fórum Nacional de saúde mental infantojuvenil: recomendações de 2005 a 2012. Brasília; 2014.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para construir direitos. Brasília; 2014.
38. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. I Encontro Municipal De CAPS Infantojuvenil - CAPS II. São Paulo 19 e 20 de abril 2016. Relatos das Rodas de Conversa. São Paulo; 2016.

39. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.
40. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2007.
41. Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Cortez; 2007.
42. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2008.
43. Barbour R. Grupos Focais. Porto Alegre: Artemed; 2009.
44. Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2010.
45. Rotelli F. De Leonardis O. Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da europa ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio F. (org). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.
46. Rotelli F. Riabilitare la riabilitazione. 1993. [Acesso em 16 de Setembro de 2017]. Disponível em: <http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/letteratura/Letteratura/index.php>
47. Saraceno B. Sulla povertà dela psichiatria. Roma: Comunità concrete; 2017.
48. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
49. Nicacio F, Campos G. Instituições de "portas abertas": novas relações usuários-equipas-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. Rev Ter Ocup USP. 16(1); 2005.
50. Appadurai A. Deep democracy: urban governmentality and the horizon of politics. Environment&Urbanization. 13(2); 2001.